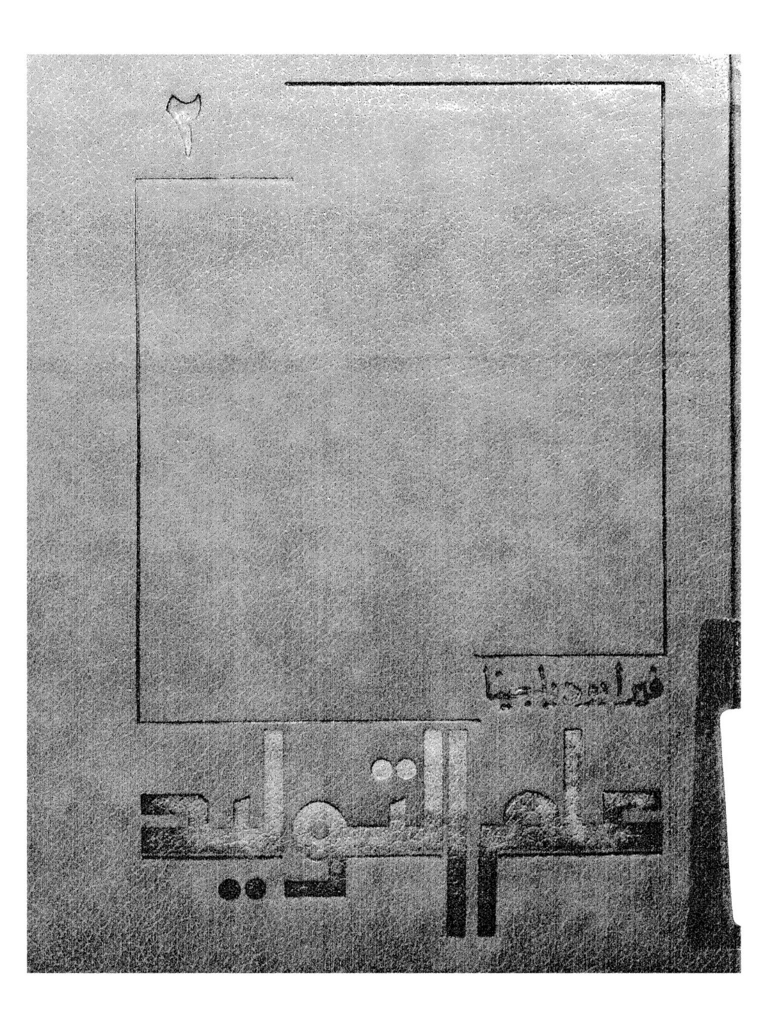

٣
فؤاد زكريا
عالم المعرفة



دار « مير »
للطباعة والنشر

В. И. Бодяжина

АКУШЕРСТВО

часть 2

Издательство «Медицина»
Москва

فيرا بودياجينا

علم التوليد

الجزء الثانى

دار «مير» للطباعة والنشر
الاتحاد السوفييتى موسكو

الى القراء الاعزاء

يسر دار « مير » للطباعة والنشر ان تكتبوا اليها عن رأيكم فى هذا الكتاب ، حول مضمونه وترجمته ، اسلوبه و شكل عرضه ، وتكون شاكرة لكم لو ابديتم لها ملاحظاتكم وانطباعاتكم . كذلك يسر دار « مير » ان تعلموها بما ترغبون فى إقراءته من مؤلفات الكتاب السوفييت باللغة العربية .

عنواننا :
الاتحاد السوفييتى — موسكو
بيرفى ريجسكى بيريولوك ، رقم ٢

на арабском языке

الباب الاول

النمو الشاذ وأمراض الجنين الرحمي والاغشية والمشيمة

لم تدرس بعد أسباب التطور اللاطبيعي للجنين ، والمشيمة وأغشية الجنين بصورة كاملة . و يمكن القول بناء على المعلومات العلمية المتوفرة ، بأن شذوذ النمو يمكن أن ينشأ بفعل ظروف المحيط غير الملائمة، التي تؤثر على الجنين النامي . ويمكن ان ينشأ التشوه عن طريق الوراثة او بنتيجة التأثير المضر من قبل العوامل الضارة على الخلايا الجنسية للوالدين .

ويمكن ان يحدث ، عند الأمراض المعدية وتسممات جسم الأم ، والأمراض المصحوبة بنقص الأوكسيجين ، وتسمم الجسم ، وارتفاع حرارة الجسم ، وتحت تأثير أشعة رونتجين والراديوم ، والمستحضرات الكيماوية الضارة ، اختلال في تطور الجنين .

وقد تحدث اختلالات مماثلة في نمو الجنين ، تحت تأثير الكحول ، النيكوتين ، ومن استعمال (بدون داع) كميات كبيرة جدا من بعض الأدوية المستحضرة (مثلا المخدرات) ، ونتيجة لتأثير الميكروبات الممرضة والفيروسات في المراحل المبكرة من التطور .

شكل ١ . استسقاء دماغي (hydrocephalia)

ان الاجنة تكون حساسة تجاه التأثيرات السيئة على الأخص في المراحل المبكرة من نموها (في الأشهر الاولى من الحمل) .

وكثيرا ما تنتشر التشوهات الى عدد من الأعضاء وتكون الى درجة من الشدة ، بحيث لا تتناسب مع الحياة : فيموت الجنين أثناء الحياة الرحمية او سرعان ما يموت بعد الولادة . فهنالك شذوذ عضو واحد او جزء من الجسم ، وان شذوذ بعض الأعضاء (الشفتين ، الأصابع ، الأعضاء التناسلية وغيرها) لا يعرقل نمو الطفل المولود بشكل عام .

تشوهات الجنين ، الحمل الجرير ، موت الجنين داخل الرحم

الاستسقاء الدماغي — هو الحبن الرأسي (شكل ١) . وينشأ الاستسقاء الدماغي نتيجة لتجمع كميات هائلة من السوائل فى بطينات الدماغ . وان كمية السوائل تكون مختلفة ، فهى تصل أحيانا ٢ — ٣ ليترات . وقلما يوجد استسقاء دماغي واضح .

فتحت تأثير السوائل المتجمعة يكبر الرأس ، وتتباعد الدروز (واسعة جدا) ، وتكبر اليوافيخ ، وتكون عظام الجمجمة رقيقة وناعمة ، ويتعرض المخ الى الضمور من جراء ضغط السوائل . فعند حبن الرأس ينشأ أثناء الولادة عدم توافق بين أبعاد الرأس وأبعاد حوض الأم ، فينحصر الرأس المفرط فى الحجم فى مدخل الحوض ، وتتوسع الفلقة السفلية للرحم ، وينشأ خطر تمزق الرحم .

ويوضع التشخيص للحبن الرأسى على أساس المعلومات المستقاة من الفحص الخارجى والفحص المهبلى . ومما يسترعى الانتباه أثناء الفحص الخارجى هو الحجم الضخم للرأس ، الذى لا يستطيع الولوج فى الحوض . وتتحدد لدى الفحص المهبلى أثناء الولادة دروز خارقة للعادة فى العرض ويوافيخ كبيرة ، وعظام رقيقة ، رخوة .

ويجرى ، بعد التأكد من التشخيص عند انفتاح المزرد بدرجة كافية ، ثقب الرأس بمثقب أو بابرة طويلة واخراج السائل. فبعد مرور السائل يتقلص حجم الرأس ، وتنتهى الولادة تلقائيا . فاذا اقتضت الحاجة للتعجيل بالولادة (ضعف قوى الولادة ، ارتفاع الحرارة الخ) ، يتم اخراج الجنين عن طريق استعمال المشداخ .

انعدام الدماغ . لا توجد لدى الجنين قبوة الجمجمة وجزء كبير من الدماغ ، وان القسم الوجهى من الدماغ نام بدرجة كافية ، وان الرأس الصغير يجثم بصورة مباشرة على حزام الكتف ، والعينان بارزتان (رأس الضفدع) (شكل ٢) . ويولد عديمو الرؤوس ميتين أو سرعان ما يموتون بعد الولادة . وتجرى الولادة بدون صعوبة .

الفتق الدماغي — بروز المخ فى منطقة اليافوخ الكبير ، والقذال والقصبة الأنفية . تجرى الولادة دون صعوبة . وقد يولد الجنين حيا ، لكنه يموت عادة فى فترة المواليد الحديثة .

شرم الشفة والفك العلوى والحلق — انفلاق الشفة العليا ، الفك العلوى والحلق الصلب . فتجويف الفم والأنف متصلان فيما بينهما ، ولهذا يسيل الحليب ، عند المص من الأنف . فينبغى وضع الطفل عند الرضاعة بصورة عمودية ، مما يساعد على وقوع الحليب فى المرىء .

الشفة الأرنبية ـ شرم الشفة العليا : ان هذا الشذوذ لا يعرقل عملية المص والنمو الصحيح للطفل . ان شرم الشفة والفك العلوى والحلق والشفة الارنبية يمكن ازالتها عن طريق العمليات التقويمية . ويتم القيام بهذه العملية بعد عدة أشهر من الولادة أو حتى فى وقت لاحق (فى السنين الاولى من الحياة) .

وان بعض المؤسسات تقوم باجراء العملية التقويمية عند الشفة الارنبية فى مرحلة الولادة الحديثة .

انفلاق العمود الفقرى (spina bifida) . يمكن ان يكون انفلاق العمود الفقرى فى أى موضع منه ، وفى الأغلب فى المنطقة القطنية . فيمكن ان يبرز ، من فتحة فى القناة الشوكية ، النخاع الشوكى المغطى بالاغشية المخية وجلد رقيق . وهذا التشوه فى نمو الجنين لا يعرقل عادة سير الولادة .



شكل ٢ . عديم الدماغ

الفتق السرى . يمكن ان يكون حجم الفتوق السرية مختلفا . فيمكن ان ينتقل الى كيس الفتق عند وجود ثقب كبير للفتق (خلل جدار البطن) جزء كبير من الأمعاء وحتى الكبد ، والثرب . ان فتوق السرة لا تعرقل عادة ، حتى الكبيرة منها ، الولادة . ويتم ازالة الفتوق غير الكبيرة عن طريق العملية الجراحية ، ويموت الأطفال فى أحيان ليست نادرة عندما تكون الفتوق كبيرة .

رتق الشرج . ويهدد الرتق حياة الطفل بالخطر . ويتطلب الأمر فى هذا الشذوذ تقديم العون الجراحى الفورى . ويتم الكشف عن هذا التشوه عن طريق الفحص الدقيق للطفل فى غرفة التوليد والمراقبة المحكمة لوظيفة أمعاء الطفل الوليد فى اليوم الأول من الحياة .

تعدد الأصابع ـ اكثر من العدد المعتاد للأصابع على الكفين والقدمين .

وتكون الأصابع الاضافية أحيانا نامية بصورة سيئة .

التصاق التوأمين . يمكن ان يحدث الالتصاق ، وبالأصح عدم انفلاق التوائم بصورة تامة ، لدى التوأمين وحيدى الأمنيون والبيضة . والتصاق الأجنة يمكن ان يكون فى منطقة الرأس ، القفص الصدرى ، البطن (شكل ٣) ، والاليتين : تحدث نتيجة لعدم انفلاق الأصل الجنينى بصورة تامة تشوهات ، تمتاز بازدواج الأقسام المختلفة من الجسم (رأسان بجذع مشترك ،

جذعان برأس واحد الخ) . وتنشأ عند ولادة توأمين ملتحمين صعوبات لاتقهر عادة ، تتطلب تقديم المعونة الجراحية .

ويمكن للولادة أن تتم بصورة تلقائية فى بعض أنواع الالتحام (الرؤوس ، الاليات) . وهنالك تشوهات نمو العيون (مثلا اتصال العينين) ، الأذنين ، الأطراف (انعدام الأطراف – (phocomelia) ، التحام الاطراف السفلية) ، الاعضاء التناسلية ، جهاز القلب والأوعية الدموية والأعضاء الأخرى .

الجنين العملاق . الجنين الذى يزن عند الولادة اكثر من ٥٠٠٠ غرام يعد عملاقا . وتولد أجنة من هذا القبيل عندما يتخطى الحمل المدة الطبيعية له ، وأحيانا عند الولادة فى الوقت المحدد الطبيعي . ومما يساعد على نمو الجنين الضخم او الجنين العملاق ، هو مرض السكرى ، وطليعة السكرى والاختلالات الأخرى . والولادة ، عندما يكن الجنين عملاقا ، تكون طويلة ، وكثيرا ما يلاحظ اختناق الجنين داخل الرحم واصابات أثناء الولادة .

ومما يعرقل الولادة ليس الرأس فقط ، بل من الممكن كذلك الحزام الكتفى وجذع الجنين .

الجنين الجرير (تخطى مدة الحمل الطبيعية) . يعتبر الحمل قد تخطى مدته الطبيعية اذا طالت هذه المدّة اكثر من ١٤ يوما . ويكون الجنين ، الذى تخطى المدة الطبيعية للحمل ، ضخما عادة ، وعظام الجمجمة قاسية ، وان قدرة الرأس على التناسق منخفضة .

شكل ٣ . توأمان ملتحمان

وتنعدم فى الجنين الذى تخطى مدة الحمل ، الصبغة الجبنية الشكل ، ويمكن ان تكون على الجلد أعراض الاهتراء . وينبغى الاشارة الى ان وزن الجنين ، الذى تخطى مدة الحمل ، يمكن ان يكون طبيعيا .

وتنشأ فى المشيمة عندما يتخطى الحمل مدته الطبيعية تغيرات ارتدادية ، تؤدى الى رداءة الظروف التى يتم فيها ايصال الكمية الضرورية من الأوكسيجين الى الجنين . وكثيرا ما يموت الجنين الذى تخطى مدة الحمل الطبيعية من الاختناق قبل بدء النشاط الولادى أو أثناء الولادة .

وغالبا ما تظهر أثناء الولادة اختلاطات غير ملائمة للأم والجنين . وغالبا ما تلاحظ عند الولدان اصابات أثناء الولادة . ومن الضرورى توجيه الحوامل اللواتى تخطين مدة الحمل الطبيعية الى دار التوليد ، حيث تتخذ الاجراءات اللازمة هناك لتحفيز النشاط الولادى .

مرض تحلل دم الجنين والوليد

ان مولد المضاد ، الذى يحمل اسم العامل الريصى ، موجود فى دم معظم الناس (٨٥٪) ؛ وان ١٥٪ من الناس تقريبا يعتبر دمهم سلبى العامل الريصى .

فاذا ما تلقحت امرأة يحمل دمها العامل الريصى السلبى ، من رجل دمه ايجابى العامل الريصى ، فان الجنين يرث فى معظم الحالات من أبيه صفات الدم ايجابى العامل الريصى . فى حالات كهذه ينتقل العامل الريصى ، من دم الجنين إلى دم الام عن طريق المشيمة . فاجابة على ذلك كثيرا ما تتكون فى دم الأم ، أجسام ريصية مضادة ، تنتقل عبر المشيمة الى دم الجنين مسببة تحلل الكريات الحمراء ونشوء مرض تحلل الدم . ان نشوء الأجسام المضادة لدى النساء ذوات الدم سلبى العامل الريصى ، عند الحمل الاول ، يكون بصورة أندر ، من الحمل المكرر ، ومما يساعد على تكون الأجسام المضادة هو نقل الدم والاجهاضات فى السابق .

فعند ظهور الأجسام المضادة الريصية فى دم الأم ، ينشأ مرض تحلل دم الجنين ، الذى أهم أعراضه هى : اليرقان ، فقر الدم وأوديما الأنسجة . ويمكن ان يكون، فى الانواع غير الشديدة من المرض ، فقر دم ويرقان خفيف فقط (او أحد هذين العرضين) ، وعندما يسير المرض بصورة شديدة فان جميع الأعراض تكون واضحة ، وبضمنها أوديما الأنسجة . وعند اشتداد المرض يلاحظ بالاضافة الى فقر الدم ، تضخم الكبد والطحال ، واصفرار النوى الموجودة تحت قشرة المخ ، وأوديما المخ ، واستسقاء البطن ، واستسقاء الصدر .

وغالبا ما يموت الجنين ، عندما يكون المرض شديد الوضوح ، داخل الرحم أو يولد فى حالة شديدة الوطأة . وفى الحالات خفيفة الوطأة من المرض فان أعراضه تكون معتدلة الوضوح ، غير ان عدم معالجة الوليد يمكن أن يؤدى الى موته ، وذلك لاستمرار تحلل الكريات الحمراء ، وفقر الدم واليرقان .

يتألف علاج مرض تحلل دم الولدان من تبديل الدم ، وحسب الدواعى يجرى حقن

المصل ، والنيوكومبينسان ، وتعطى للتناول الفيتامينات ، وعند الضرورة يستعمل البريدنيزولون والأدوية الأخرى .

ولغرض الوقاية من مرض تحلل دم الجنين عند الحمل اللاحق ، تحقن المرأة بعد الولادة الاولى خصيصا بجاماجلوبولين . ويتم التحقق ، عند كل امرأة أثناء الحمل ، من وجود العامل الريصى . وتخضع النساء ذوات العامل الريصى السلبى الى المراقبة والعلاج فى دار متخصصة للتوليد .

وتشكل الأمراض المعدية لدى الأم ، خطرا على الجنين ، نتيجة لاحتمال تغلغل الميكروبات والفيروسات عن طريق المشيمة . حيث تحدث هنا اصابة الجنين ، التى قد تخل بنموه او تسبب موته .

موت الجنين داخل الرحم. يمكن ان يحل موت الجنين فى فترة الحياة الرحمية، لأسباب مختلفة ، تخل بظروف نموه : الأمراض المعدية للحامل (التيفوئيد ، الدزنتريا ، الانفلونزا والامراض الفيروسية الأخرى ، داء المقوسات ، النيورليز ، الزهرى ، الملاريا الخ) ، أمراض القلب والأوعية الدموية الشديدة (مرض ضغط الدم المرتفع ، نقص القلب غير المعوض) ، الانواع الشديدة من تسمم الحمل (اعتلال الكلية ، طليعة التشنج الحملى ، والتشنج الحملى) وأمراض الكلى . ومن المحتمل ان يموت الجنين عند تسمم جسم الأم (الزئبق ، الرصاص ، أوكسيد الكاربون وغيره) ، وعند شذوذ النمو ، غير المتجانس مع الحياة ، ووجود عقدة حقيقية فى الحبل السرى ، وانفصال المشيمة . ان السبب فى موت الجنين داخل الرحم والأمراض الشديدة للولدان ، يمكن ان يكون عدم التجانس بين دم الأم ودم الجنين بالنسبة للعامل الريصى .

ويتم ، لدى جميع النساء اللواتى كانت لديهن اجهاضات تلقائية متكررة وولادات قبل الأوان ، وولادات ميتة لاسباب مجهولة ، تحليل الدم للكشف عن العامل الريصى ، واجراء التفاعل الذى يساعد على اكتشاف مرض الزهرى ، وداء المقوسات ، نيورليز وغيرها من الأمراض المعدية .

ان معرفة موت الجنين داخل الرحم تتم بالاستناد الى الأعراض التالية :

١ ــ اختفاء ضربات قلب الجنين وحركاته .

٢ ــ توقف نمو الرحم . فاذا ما تأخرت ولادة الجنين الميت تم امتصاص المياه المحيطة به تدريجيا ، وانخفاض حجم الرحم وتصلبه .

٣ ـــ زوال انتفاخ الثديين ، والاحساس بثقل فى البطن ، وتوعك ، والشعور بالتعب . ولا تتعرض الحالة الصحية العامة لبعض النساء الى الخلل .

٤ ـــ ان مما يدل على موت الجنين هو هبوط كمية الايستراديول فى البول بشدة وانعدام النشاط الكهربائى الحيوى للقلب فى التخطيط الكهربائى لقلب الجنين .

وسرعان ما يطرد الجنين الميت من باطن الرحم او يبقى لمدة طويلة نوعا ما هناك . وقد تتأخر ولادة الجنين الميت أحيانا حتى انتهاء المدة الطبيعية للحمل . ويتعرض الجنين الميت فى الرحم الى تغيرات مختلفة .

تحلل انسجة الجنين الميت : وهو غالبا ما يحصل ويكون عبارة عن نخر رطب لأنسجة الجنين دون تعفن ، فتتشرب الأنسجة بالسائل المحيط بالجنين وبمصل الدم . فتتكون فى البداية على الجلد حويصلات ، ثم ينقشط الجلد على شكل مزق . ويترهل الجنين فيما بعد ، وتصبح عظام الجمجمة متحركة ، وتكتسب الانسجة لونا مصفرا .

التنكرز المومیائی * ـــ هو نخر جاف للجنين ويلاحظ بدرجة أندر بكثير من تحلل الأنسجة . يلاحظ التنكرز المومیائی عند موت أحد التوأمين ، وقلما يلاحظ بسبب إلتفاف الحبل السرى . فيتم امتصاص المياه المحيطة بالجنين ، ويتجعد جذع الجنين الميت أو ينضغط كما لو أنه يجف ، ويتكون « جنين بردى (من الورق) » .

وفى حالات نادرة جدا يجرى تحجر (petrificatio) الجنين الميت . ويتوقف التحجر على تراكم أملاح الجير فى أنسجة الجنين الميت .

وتعتبر الوقاية من موت الجنين داخل الرحم أهم واجب للاطباء والقابلات .

وتتلخص الوقاية من موت الجنين الرحمى قبل الولادة فى الاتباع الصارم لقواعد صحة الحمل ، ونظام التغذية ، والمحافظة على المرأة من الأمراض المعدية والأمراض الأخرى . ولاكتشاف النساء المصابات بالتسمم الحملى ، وامراض القلب والأوعية الدموية والاعضاء الأخرى ومعالجتهن فى المستشفى فى حينه ، أهمية كبيرة .

ان الوقاية أثناء الولادة ، عبارة عن المراقبة الدقيقة للماخض وللحالة الصحية للجنين ، واكتشاف الاختلاطات وتقديم المساعدة الصحيحة فى حينه . وللوقاية من اختناق الجنين الرحمى ، أهمية كبيرة .

---

* من كلمة مومياء .

شذوذ الحبل السرى

يبلغ طول الحبل السرى حوالى ٥٠ سم ، غير أنه يلاحظ انحراف عن هذا المعدل الوسطى باتجاه زيادة الطول او نقصانه .

فعند وجود حبل سرى طويل فان الولادة يمكن ان تتم دون اختلاطات . الا أنه كثيرا ما يلاحظ التفاف الحبل السرى الطويل حول العنق ، الجذع أو أطراف الجنين (شكل ٤) . ويمكن أن يحدث فى حالات كهذه توتر الحبل السرى ، فى دور طرد الجنين ، الذى يؤدى الى ضيق فناء أوعية الحبل السرى واختناق الجنين . وان الطول المفرط للحبل السرى يساعد على سقوطه أثناء خروج المياه المحيطة بالجنين عندما يكون الرأس متحركا .

ان حلقة الحبل السرى الساقطة فى المهبل تنضغط فى النهاية بواسطة الجزء المتقدم من الجنين ، فاذا لم تقدم المساعدة ، مات الجنين مختنقا .

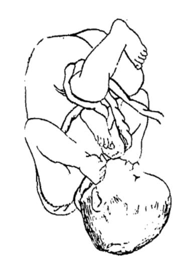
ان قصر الحبل السرى يكون تاما ونسبيا . فالقصير بصورة مطلقة هو الحبل السرى الذى يكون طوله أقل من ٤٠ سم . والقصير نسبيا يعد ذلك الحبل السرى الذى يكون طوله عاديا ، والذى صار قصيرا لالتفافه حول عنق او جذع الجنين . ان القصر المفرط للحبل السرى يعرقل حركات الجنين ويمكن ان يكون سببا لنشوء وضعيات غير صحيحة للجنين . فيتوتر الحبل السرى القصير ، فى دور الطرد ، مما قد يبطىء تقدم الجنين فى قناة الولادة أو أن يحدث انفصال المشيمة عن جدار الرحم .

ان العقد الحقيقية للحبل السرى (شكل ٥ ، أ) لا تلاحظ بكثرة : فهى تتكون فى المراحل المبكرة من الحمل ، حينما يمر الجنين غير كبير الحجم عبر حلقة الحبل السرى . واذا كانت العقدة غير محكمة بشدة ، فان الجنين يولد حيا . وقد تشتد أثناء الحمل أو الولادة العقدة ، حينئذ يموت الجنين مختنقا .

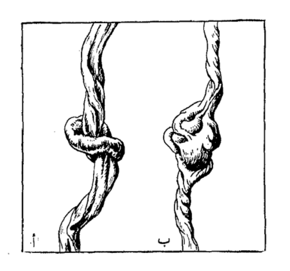
والعقد الكاذبة للحبل السرى (شكل ٥ ، ب) هى عبارة عن نتوءات محدودة فى القناة السرية ، تتكون نتيجة لتوسع جزء من الوريد السرى أو من تجمع هلام وارتون .

وليس لهذه العقد الكاذبة تأثير مرضى .

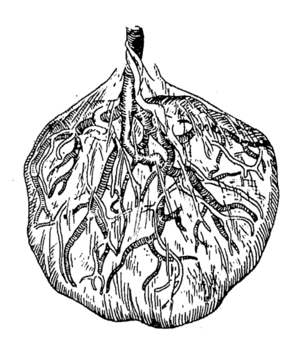
ان تثبت الحبل السرى الى المشيمة فى الأغلب يكون مركزيا او جانبيا . ونادرا ما يكون تثبت الحبل السرى من الطرف (شكل ٦) . ويثبت الحبل السرى أحيانا الى الأغشية على مسافة من طرف المشيمة ــ تثبت غشائى للحبل السرى (شكل ٧) . وفى هذا النوع من التثبت



شكل ٤ . إلتفاف الحبل السرى حول رقبة وأطراف الجنين



شكل ٥ . عقد الحبل السرى
ا – عقدة حقيقية ، ب – عقدة كاذبة



شكل ٦ . تثبت الحبل السرى من الطرف



شكل ٧ . التثبت الغشائى للحبل السرى

فان أوعية الحبل السرى تسير نحو المشيمة بين الغشائين المائى والزغبى . فاذا كان هذا الجزء من الأغشية قائما فى الفلقة السفلى من الرحم ، فانه يمكن ان يتمزق أثناء الولادة ، مما يؤدى الى نزيف دموى من الأوعية الخارجية للحبل السرى ، يكون خطرا على الجنين داخل الرحم .

داء أغشية بيضة الجنين

الرحى الحويصلية (mola hydatidosa)

يسمى بالرحى الحويصلية ، مرض بيضة الجنين ، الذى يمتاز بتحول زغب الخوريون الى حويصلات مملوءة بسائل صاف . وتقوم الحويصلات على سيقان تشبه الحبال ، يتراوح حجمها بين الحبة البسيطة والكرزة . وتذكر كتل الحويصلات بمظهرها عناقيد العنب . ويتم ، عند تحول الخوريون الى حويصلات ، إزدياد نمو الظهارة الطلائية للزغب (مخلاة ، الطبقة الرفدية الخلوية) وأوديما قوامه . تدخل الحويصلات الغشاء الساقط وتنمو فيه فيصبح الغشاء رقيقا ، وكثيرا ما ينشأ حول الحويصلات نزف دموى من الأوعية الممزقة للغشاء الساقط .

وتنبت الحويصلات أحيانا فى الغشاء الساقط وتخترق عضلات الرحم ، فتهدم جدران الرحم وتنفذ الى جوف البطن . وقلما نجد هذا النوع التخريبى (الهدام) من الرحى الحويصلية (شكل ٨) .

شكل ٨ . الرحى الحويصلية (النوع الهدام)

وتوجد الرحى الحويصلية الكاملة والجزئية . فتمتاز الرحى الحويصلية الكاملة بتحول جميع زغب الخوريون . ويلاحظ هذا النوع من الرحى الحويصلية ، عند مرض الخوريون فى الأشهر الاولى من الحمل ، حينما تكون المشيمة غير كاملة التكوين . وتتكون الرحى الحويصلية الجزئية فى المراحل المتأخرة من الحمل ، وتمتاز بأن جزءا كبيرا او صغيرا من زغب المشيمة يتعرض للتحول الى حويصلات .

ودائما يموت الجنين عند الرحى الحويصلية الكاملة ، يتفتت ويمتص . وغالبا ما يموت الجنين عند الاصابة بالرحى الحويصلية الجزئية ايضا ، وان نمو الجنين من الممكن فقط عند تحول جزء غير كبير من المشيمة ، غير ان حالات كهذه تكون نادرة .

وتستمر الرحى الحويصلية ، بعد موت الجنين ، بالنمو، وينمو الرحم بسرعة . وقلما تتكون في المبيضين الحويصلات الناشئة من الاجسام الصفراء ، وان هذه الحويصلات أو الاكياس تعود عادة ، بعد استئصال الرحى الحويصلية ، الى أصلها . وتمتاز الصورة المرضية للرحى الحويصلية بالاعراض الرئيسية التالية :

١ . عدم وجود تجانس بين مدة الحمل وحجم الرحم ، فابعاد الرحم اكبر بكثير، مما هو عليه عند الحمل الطبيعي للمدة الموافقة (عند وجود مدة ٣ أشهر يطابق حجم الرحم ٤ ــ ٥ أشهر من الحمل الخ) . وان قوام الرحم يكون شديد المطاطية ٥

٢ . انعدام الأعراض الحقيقية للحمل : فلا تُحس أجزاء الجنين ، ولا تتحدد ضربات قلب الجنين وحركاته .

٣ . ان أهم عرض للرحى الحويصلية يعتبر النزيف الدموى من الرحم . فيبدأ النزيف الدموى منذ الأشهر الاولى للحمل ويستمر ، مرة خفيفا وأخرى بشدة ، حتى ولادة الرحى . فالدم سائل ، غامق اللون ، تخرج معه أحيانا حويصلات الرحى . ويكون النويف عادة غير شديد ، فهو يشتد ، كقاعدة ، أثناء ولادة الرحى الحويصلية .

٤ . غالبا ما يختلط سير الرحى الحويصلية بنشوء التسمم الحملى (التقيؤ ، الاستسقاء ، اعتلال الكلية) . وبناء على طول مدة النزف يتكون فقر الدم .

ويمكن أن تولد الرحى الحويصلية تلقائيا في الشهر ٥ ــ ٦ من الحمل ، واحيانا تتأخر ولادة الرحى حتى الشهر العاشر من الحمل وحتى اكثر . وتنفصل الرحى المولودة عن جدران الرحم وتطرد الى الخارج بفعل تقلصات الرحم . وينشأ ، عند النوع الهدام من الرحى الحويصلية نزيف دموى خطر على الحياة . وتأتى خطورة الرحى الحويصلية من أنه ، ينشأ بعدها احيانا ورم خبيث ــ ابثليومة . وينمو الورم الظهارى المشيمى بسرعة وينبث في الاعضاء البعيدة .

ويستند تشخيص الرحى الحويصلية الى الأعراض السريرية الرئيسية المذكورة أعلاه . ويمكن ان يصلح اختبار « أشهايم ــ سوندك » كطريقة اضافية للتشخيص . فتتكون في جسم المرأة عند الرحى الحويصلية كمية كبيرة من هورمون الجونادوتربين (فشط مسلى) . ولهذا فان اختبار « اشهايم ــ سوندك » يكون موجبا حتى اذا ما لقحت الفئران بالبول المخفف للمرأة .

وترسل المرأة عند اكتشاف الرحى الحويصلية ، وحتى في حالة الشك بوجود هذا المرض ، الى المستشفى ، حيث يكون هنالك الطبيب الاختصاصى .

وعند انعدام نزف دموى شديد يتبع العلاج الذى يساعد على طرد الرحى من الرحم .

ولغرض الاسراع بفصل وطرد الرحى الحويصلية يحقن الاوكسيتوتسين ، البيتوترين والأدوية الاخرى ، التى ترفع من النشاط التقلصى للرحم . وتتم ازالة الرحى الحويصلية ، عند وجود نزف دموي شديد ومزرد مفتوح بدرجة كافية ، بالأصابع (واحد او اثنين) المولجة فى باطن الرحم . وتقتضى الحاجة ، عندما يكون النزف قويا والمزرد مغلقا ، توسيع قناة العنق بالموسعات المعدنية وازالة الرحى الحويصلية بعد ذلك بحذر بالأصبع أو بالمجرف الماص .

ان كشط الرحم عند الرحى الحويصلية خطر ، لأنه من المحتمل انثقاب الجدار الرقيق للرحم . وعند وجود نزف دموى شديد وتعذر ادخال الاصبع فى باطن الرحم عندئذ فقط تقتضى الحاجة ازالة الرحى الحويصلية بمسحل أعمى بحذر . وبعد ولادة الرحى الحويصلية، وعندما يتقلص الرحم ويقل خطر الانثقاب ، يجرى القيام بكشط الرحم للتحقق وازالة الاجزاء المتبقية من الرحى الحويصلية . وتجرى بعد ازالة الرحى الحويصلية بصورة منتظمة مراقبة المرأة لمدة ١ ـــ ١,٥ سنة ، لكى لا يفلت تكون الورم الظهارى المشيمى .

الورم الظهارى المشيمى

الورم الظهارى المشيمى هو عبارة عن ورم خبيث سريع السريان ، ينشأ من خلايا المشيمة . وللورم الظهارى المشيمى المرئى شكل العقد ذات اللون الأزرق ـــ القرمزى او نمو منتشر فى جدار الرحم .

ويتكون الورم على الأوعية ولهذا فان جزيئات الورم تنتقل عن طريق الدم الى الاعضاء المختلفة . ينتقل الورم الظهارى المشيمى الى الرئتين ، المهبل ، والمخ ؛ إلى الكبد ، والأمعاء والاعضاء الأخرى .

والصفة المميزة فى الورم الظهارى المشيمى هى سرعة انتقاله .

وتمتاز الصورة السريرية بوجود افرازات دموية (او دموية ـــ قيحية) لا دورية ، تظهر بعد تفريغ الرحم مباشرة أو فيما بعد . كما يكبر حجم الرحم ويصبح شكله متشعبا . ويتكون فيما بعد فقر الدم ، وترتفع الحرارة ، ويظهر السعال ونفث الدم (انبثاث فى الرئتين) والاختلالات الأخرى ، المرتبطة بالانتقال الى هذا العضو او ذاك . ولانبثاث الورم فى المهبل شكل عقدة ذات لون ازرق ـــ ارجوانى .

ولتشخيص الورم الظهارى المشيمى فى حينه ، يجب القيام بتفاعل « اشهايم — سوندك » بصورة منتظمة . فعند وجود ورم ظهارى مشيمى يصبح تفاعل « اشهايم — سوندك » والتفاعل المناعى موجبا .

الاستسقاء

يمتاز الاستسقاء (hydramnion) بتراكم فائض للمياه المحيطة بالجنين فى جوف الأمنيون ويؤلف المقدار الطبيعى من المياه المحيطة بالجنين فى أواخر الحمل لترا واحدا (من ٠,٥ الى ١,٥ لتر) .

تصل كمية المياه المحيطة بالجنين ، عند الاستسقاء ٣ — ٥ وأحيانا ١٠ — ١٢ لترا وحتى اكثر .

ولا تزال أسباب حدوث الاستسقاء غير واضحة تماما ، من المعتقد أن هذا الشذوذ له علاقة باختلال وظيفة الظهارة الامنيونية .

وكثيرا ما يلاحظ الاستسقاء عند التوائم ، وشذوذ نمو الجنين وعند بعض أمراض الأم (مرض السكرى ، والتهاب الكلية) . وكثيرا ما يقترن استسقاء أحد التوأمين ، عند وجود توأمين ، بقلة النخط لدى الآخر .

ويبدأ الاستسقاء عادة بالتكون فى أواسط الحمل او فى النصف الثانى منه .

فهنالك الاستسقاء الحاد والمزمن . فينشأ الاستسقاء الحاد بسرعة ، اما المزمن فببطىء . ويوجد الاستسقاء الحاد بصورة أقل من المزمن .

ويساعد الاستسقاء على نشوء عدد من الاختلاطات للحمل والولادة .

ان تراكم المياه المحيطة بالجنين بصورة مفرطة ، يؤدى الى كبر حجم الرحم بصورة شديدة ، مما يضايق الأعضاء المجاورة ويرفع الحجاب الحاجز الى أعلى . فتظهر لدى الحامل الزلة ، التوعك ، استسقاء الاطراف السفلى ، الاحساس بالثقل والألم فى البطن ، وكثيرا ما يلاحظ التسمم الحملى .

ان التحرك الكبير للجنين عند الاستسقاء يساعد على نشوء جيئات بالحوض ، وضعيات مستعرضة ومائلة للجنين .

وينتهى عادة الحمل عند الاستسقاء بالولادة قبل الأوان . وتكون الولادة فى هذه الحالة طويلة ، ينشأ عادة ضعف فى قوى الولادة . وتسقط ، أثناء خروج المياه ، الأجزاء الصغيرة للجنين

بسهولة، خاصة الحبل السرى . وكثيرا ما يحدث نزيف دموى فى دور الخلاص وفي دور النفاس.
ويستند تشخيص الاستسقاء على الأعراض التالية . فالرحم كبير جدا ومتوتر، وقوامه شديد المطاطية . وان حجم الرحم فى مستوى السرة اكثر من ١٠٠ سم ، يصل الى ١١٠ — ١٢٠ سم وحتى اكثر .
وبالنظر لتجمع المياه بشكل مفرط ، فان جس أجزاء الجنين يتم بصعوبة ، وتبدو ضربات قلب الجنين خافتة أو غير مسموعة . ويتضح عند الفحص المهبلى أثناء الولادة أن كيس الجنين متوتر بشدة ليس فقط أثناء تقلصات الرحم ، بل وفي الفواصل بينها .
ومن الضرورى أن ترسل الحامل عند الاستسقاء الى دار التوليد .
ويلجأ ، عند الاستسقاء الحاد، المرفوق باختلال الدورة الدموية والتنفس ، الى الفتح الاصطناعى لكيس الجنين قبل الولادة ، وليس هنالك داع للعمليات الجراحية عند الاستسقاء المزمن أثناء الحمل . ويجب أن تكون الولادة تحت إشراف طبيب ، لأنه كثيرا ما تنشأ عند الاستسقاء اختلاطات (ضعف قوى الولادة ، سقوط الحبل السرى ، وضعيات غير صحيحة للجنين ، نزيف دموى وغيرها) .
وينصح ، فى الدور الأول من الولادة ، فتح كيس الجنين عندما يكون المزرد مفتوحا بمقدار ٢ — ٣ أصابع (ومن الأفضل فتح الكيس لا فى المركز بل من الجانب) واخراج المياه بصورة بطيئة ، دون اخراج اليد حالا من المهبل (لكى لا يتم سقوط الحبل السرى) .
ويجرى القيام ، عند وجود وضعية غير صحيحة للجنين ، بعملية تدوير الجنين على القدم .

قلة النخط

تلاحظ قلة النخط (oligohydramnion) بصورة أقل من الاستسقاء . والسبب فى نشوئها هو انخفاض وظيفة الافراز فى ظهارة الغشاء المائى (الأمنيون) .
فجوف الرحم عند قلة النخط غير كبير، الجنين النامى ملتصق بشدة بالغشاء المائى وبجدران الرحم . وبناءً على ذلك تظهر عراقيل تحول دون نمو الجنين بصورة صحيحة .
وكثيرا ما يحدث ، عند قلة النخط الشديد ، اعوجاج العمود الفقرى والأطراف ، الحنف ، التئام أجزاء جلد الجنين بالغشاء المائى . وتمتد أحيانا هذه الالتئامات ، مكونة دفات وخيوط سيميونية يمكن ان تلتف حول الأطراف ، الحبل السرى والاجزاء الأخرى من جسم الجنين .

ان التطويق الطويل واختلال التغذية قد تؤدى الى بتر يدى ، قدمي وأصابع الجنين . وعند انعقاد أوعية الحبل السرى يتم موت الجنين داخل الرحم .

ان الولادة عند قلة النخط طويلة ، وتقلصات الرحم تكون مؤلمة . وللتعجيل بالولادة يقتضى الأمر فتح كيس الجنين دون الانتظار الى حين انفتاح المزرد التام .

ويمتاز السيلان المائى الأمنيونى بأن المياه المحيطة بالجنين تسيل قليلا أثناء الحمل نتيجة لتمزق الأغشية فوق المزرد الداخلى . وينتهى الحمل فى أحوال كهذه عادة بالولادة قبل الأوان . وكثيرا ما يلاحظ عند الأجنة اعوجاج الجذع والأطراف .

تمزق سابق لأوانه لاغشية الجنين

يتمزق كيس الجنين ، فى حالة الولادة الطبيعية ، عندما يكون المزرد مفتوحا او تقريبا مفتوحا . ويساعد كيس الجنين على استراء العنق وانفتاح المزرد ، وان تمزق كيس الجنين فى حينه ملائم لسير الولادة فى حالة الجنين داخل الرحم .

تمزق سابق لأوانه ومبكر لاغشية الجنين

يدعى تمزق الأغشية قبل بدء النشاط الولادى بالتمزق السابق لأوانه ، ومن لحظة بدء انفتاح المزرد وحتى الانفتاح التام (او التام تقريبا) له بالتمزق المبكر .

وكثيرا ما يلاحظ التمزق السابق لأوانه والمبكر للأغشية (خروج المياه السابق لأوانه والمبكر) فى الحالات التى لا يشغل فيها الجزء المتقدم من الجنين مدخل الحوض ، ولا يتكون فيها حزام التماس ، ولا تنفصل فيها المياه الأمامية عن الخلفية . ويلاحظ ذلك عند ضيق الحوض ، والوضعيات العرضية والمائلة للجنين ، وجيئات الجنين بالحوض (لاسيما بالقدم) ، والاستسقاء .

ويمكن ان يحدث خروج المياه السابق لأوانه والمبكر بسبب تيبّس عنق الرحم وضعف الأغشية نفسها (انخفاض المطاطية) .

ويعتبر خروج المياه السابق لأوانه والمبكر اختلاطا خطيرا . فيطول عادة دور الانفتاح ، وتكون تقلصات الرحم مؤلمة ، وكثيرا ما ينشأ ضعف قوى الولادة . فاذا ما خرجت المياه ولم يكن هنالك حزام التماس بين طرق الولادة والجزء المتقدم من الجنين ، جاز سقوط الاجزاء الصغيرة من الجنين ، خاصة الحبل السرى . فجوف الرحم لفترة طويلة من الزمن يكون متصلا بحرية مع المهبل ، مما يساعد على انتقال العدوى الى الرحم . ولهذا فمن السهولة أن يحدث ،

عند وجود فترة طويلة خالية من المياه ، التهاب بطانة الرحم أثناء الولادة ، المرفوق بارتفاع الحرارة ، وازدياد النبض ، وظهور افرازات معتمة من المهبل .

وكثيرا ما يلاحظ عند خروج المياه السابق لأوانه والمبكر اختناق الجنين داخل الرحم .

ان خروج المياه السابق لأوانه والمبكر يعتبر داعيا لارسال المرأة حالا الى دار التوليد . ويجرى القيام بالاجراءات الوقائية من العدوى واختناق الجنين فى دار التوليد .

فاذا لم تظهر ، بعد خروج المياه ، تقلصات الرحم ، وصفت بعد ٦ — ٨ ساعات الأدوية المحفزة لنشاط الولادة . فعند ضعف التقلصات تتخذ الاجراءات لتقوية النشاط التقلصى للرحم ، وعندما تكون تقلصات الرحم مؤلمة توصف الأدوية المزيلة للألم .

التمزق المتأخر لأغشية الجنين

اذا بقى كيس الجنين ، عند الانفتاح الكامل للمزرد ، كاملا وجرى دور الطرد والمياه الامامية لا تزال غير خارجة، قيل عن التمزق المتأخر للأغشية . وان سبب الاختلاط المذكور هو السمك المفرط للأغشية ، والذى يعرقل تمزقها فى الوقت المناسب ، أو بالعكس مطاطيتها المفرطة . ويتوقف أحيانا التمزق المتأخر للأغشية على الكمية القليلة للمياه الأمامية ، حينما يكون وضوح كيس الجنين ضعيفا وتكون الأغشية قريبة من الرأس أو حتى تكون ملتصقة به (كيس مستو) .

وتطول الولادة عند التمزق المتأخر للأغشية ، وتكون تقلصات الرحم مؤلمة ، ويلاحظ فى دور الطرد تقدم بطىء للجزء المتقدم من الجنين .

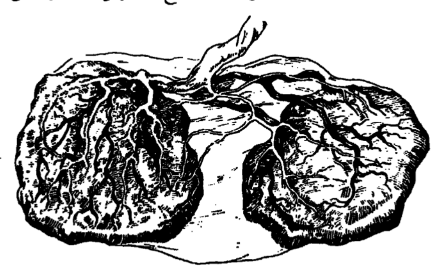
وحالما يتضح ان الأغشية ، عند الانفتاح التام للمزرد ، كاملة يجب تمزيقها اصطناعيا . ويفتح كيس الجنين المتوتر بواسطة الضغط بالسبابة او باصبعين . وعندما تكون الاغشية سميكة بشكل مفرط ، يمكن استعمال ضلع الملقط الرصاصى ، جفت طويل (ملقط الجراح ، forceps) . واذا كان الجزء المتقدم من الجنين يقع فوق مدخل الحوض ، فان اخراج المياه يكون بصورة بطيئة .

وعندما يبرز من الفرج كيس الجنين يتم تمزيقه بالاصبع ، بعد ذلك سرعان ما يبدأ الرأس بالظهور .

واذا ما ولد الطفل بأغشيته (« ولد فى حله ») ينبغى ازاحتها حالا ، وقبل كل شىء من الوجه ، لتحرير المجارى التنفسية للوليد ، وإلا يحل اختناق الوليد .

شذوذ نمو المشيمة

للمشيمة عادة شكل دائرى او بيضوى . وأحيانا تكون المشيمة مستطيلة الشكل ، شكل الفول ونعل الفرس او ان تكون مؤلفة من جزئين (placenta bipartiata) (شكل ٩) أو من عدة أجزاء ، مرتبطة فيما بينها بالأوعية . وتكون المشيمة فى حالات معينة رقيقة وواسعة بصورة غير طبيعية (placenta membranacea) . وكثيرا ما يلاحظ مشيمة بها فص إضافى او عدة فصوص إضافية (placenta succenturiata) (شكل ١٠) . وتقع الفصوص الاضافية على بعد معين



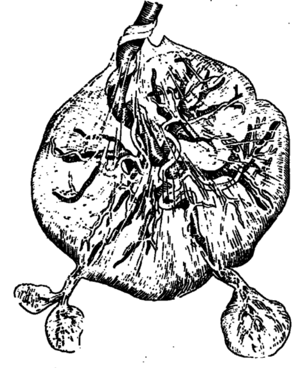
شكل ٩ . المشيمة المؤلفة من جزئين

من حافة المشيمة وتكون مرتبطة به بواسطة الأوعية ، التى تسير بين الأغشية . وقد تتأخر الفصوص الاضافية فى الرحم وتكون سببا فى حدوث النزف الدموى وأمراض النفاس التسممية . ولهذا فعند فحص المشيمة المولودة يجب معرفة ما اذا كانت هنالك أوعية تبرح حافة المشيمة وتنقطع على مسافة معينة منها . ان وجود مثل هذه الأوعية يدل على تأخر فص إضافى فى الرحم ، مما يستلزم القيام حالا بالفحص اليدوى لباطن الرحم . وقلما تكون المشيمة محاطة بمسناة بيضاء تنبثق منها الأغشية .

ومما يؤثر على شكل المشيمة هو مكان التثبت وحالة الغشاء المخاطى للرحم . فالتثبت فى زاوية القناة يساعد على تكون مشيمة منفصلة ، وعند التهابات الغشاء المخاطى للرحم وخلله تتكون مشيمة رقيقة وواسعة .

تحدث احتشاءات المشيمة نتيجة لاختلال الدورة الدموية ، الذى يؤدى الى تنكرز الخمل ، ويتراكم هنا فيما بعد الفيبرين . وللاحتشاءات منظر البقع المدورة البيضاء بحجم القطعة النقدية المتوسطة . وتقع فى السطح الذى يكون من جهة الجنين ومن جهة الأم . وتصل أحجام الاحتشاءات أحيانا أبعادا كبيرة وتتخلل كل سمك المشيمة . وكثيرا ما تلاحظ الاحتشاءات الكبيرة عند التهاب الكلية ، والتسمم الحملى . ان الاحتشاءات غير الكبيرة لا تؤثر على نمو الجنين ، اما الاحتشاءات الضخمة التى تشغل جزءا هاما من المشيمة ، فيمكن ان تكون سببا لاختلال نمو الجنين وحتى موته داخل الرحم .

وكثيرا ما تشاهد على سطح المشيمة من جهة الأم للاطفال التميمين رقع نقطية بيضاء لها قوام رصين . وهذه الرقع هى عبارة عن تراكم الكلس فى الخمل المضمحل (تقشر كلسى) . ولا يؤثر التقشر الكلسى على نمو الجنين .



شكل ١٠ . المشيمة مع فصوص إضافية

رسوخ المشيمة

ينبت خمل المشيمة اعتياديا فى الطبقة المرصوصة من الغشاء الساقط ، دون أن يصل الطبقة الاسفنجية من الغشاء المخاطى والعضلى للرحم . ان فصل المشيمة بعد الولادة يتم بسهولة فى الطبقة الاسفنجية الرخوة . وهنالك حالات تكون فيها المشيمة مثبتة بصورة ملازمة او انها تتأصل فى جدار الرحم .

هنالك رسوخ كاذب وحقيقى للمشيمة . فعند الرسوخ الكاذب (placenta adhaerens) ينفذ الخمل الى اعماق الغشاء المخاطى لكنه لا يصل الطبقة العضلية للرحم . وعند الرسوخ الكاذب يكون فى الامكان فصل المشيمة عن جدار الرحم باليد .

ويتأصل الخمل عند الرسوخ الحقيقى للمشيمة (placenta accreta) حتى الطبقة العضلية

وينمو فيها ومن الصعب فصل المشيمة عن جدار الرحم عند الرسوخ الحقيقى له . ويوجد الرسوخ الحقيقى للمشيمة بصورة نادرة جدا .

ويمكن ان يشمل الرسوخ كل سطح المشيمة (الرسوخ الكامل) او جزءا منها فقط (الرسوخ الجزئى) . ومما يساعد على رسوخ المشيمة ، هى التغيرات التى تحدث نتيجة لالتهابات سابقة (التهاب جسم الرحم وبطانته) ، وندبات بعد قشط الرحم والعمليات الجراحية ، والاورام الليفية العضلية، وعدم نمو الرحم بصورة صحيحة (نقص النمو ، الرحم ذو القرنين وغيرها) . وكثيرا ما يلاحظ الرسوخ لدى النساء اللواتى كانت لديهن اجهاضات فى السابق .

ان رسوخ المشيمة اثناء الحمل ، وكذلك فى دور الانفتاح والطرد لا يظهر بأى شيء . ويحدث فى الدور الثالث من الولادة نزيف دموى ، كثيرا ما يتخذ طابع الخطورة . وما دام سطح المشيمة باكمله متصلا بالرحم فليس هنالك نزيف . ويبدأ النزيف من اللحظة التى ينفصل فيها جزء من المشيمة ويبقى قسم منه مغروزا يعرقل ولادة المشيمة . ولا يستطيع الرحم ، عند تأخر المشيمة ، التقلص ، وتكون أوعية فسحة المشيمة فى مكان القسم المفصول من المشيمة مفتوحة ، ويستمر النزف منها ، ما دامت المشيمة موجودة فى تجويف الرحم .

ويتطلب رسوخ المشيمة التدخل السريع . ويتم عند الرسوخ الكاذب القيام بفصل المشيمة باليد وازاحتها من باطن الرحم اما عند الرسوخ الحقيقى للمشيمة فان فصلها غير ممكن ، ويقتضى الأمر اللجوء الى بتر الرحم أو استئصاله .

الباب الثانى

الحمـــل والولادة عند المصابات بأمراض لا علاقة لها بوظيفة النسل

الأمراض الانتانية الحادة والمزمنة

لا يقى الحمل المرأة من الأمراض الانتانية . فنشوءها لدى الحوامل أمر ممكن ، كما هو ممكن لدى غير الحوامل .

ان معظم الأمراض الانتانية تأخذ شكلا أشد عند الحمل مما هى عليه عند غير الحوامل . وان جميع الامراض المعدية ، خاصة الحادة ، تشكل خطرا على الجنين داخل الرحم .

وكثيرا ما يجرى موت الجنين وانقطاع الحمل قبل الأوان . وغالبا ما يلاحظ انقطاع الحمل قبل الأوان بصورة خاصة عند الأمراض المعدية الجادة : التيفوس والتيفوئيد ، الانفلونزا الشديدة ، الزحار الحاد ، التهاب الكبد (مرض بوتكين) وغيرها . ويحدث موت الجنين والولادة قبل الأوان ، بناء على تسمم جسم الأم والجنين وارتفاع حرارة الجسم ، واختلال وظيفة أهم أعضاء الحامل . ويمكن ان يكون السبب فى انقطاع الحمل هو انسكاب الدم فى المشيمة وتغيرات حثلية فيها ، التى كثيرا ما تحدث عند الأمراض الانتانية . فعند التغيرات المذكورة فى المشيمة يكتسب كثير من مسببى الأمراض الانتانية امكانية النفوذ من دم الأم الى الجنين وتسبب تلوثه .

يموت الجنين هنا عادة لأن جسمه غير مقاوم للامراض او أن مقاومته ضعيفة للغاية.

ان الاجهاض الاصطناعى والولادة قبل الأوان يؤديان الى ازدياد حدة الأمراض المعدية . وقد يكون السبب فى ذلك فقدان الدم ، اختلال التمثيل ، وأمراض النفاس (بعد الاجهاض) التسممية .

ومن النادر أن نجد فى الاتحاد السوفييتى لدى الحوامل الحمى القرمزية ، الخناق ، الحصبة ، والأمراض المعدية الحادة الأخرى .

الانفلونزا . تصيب الانفلونزا الحوامل بصورة اكثر من الأمراض المعدية الأخرى . وكثيرا ما تسبب الانفلونزا الولادة قبل الأوان ، خاصة فى الأشهر الأخيرة من الحمل . وكثيرا ما تنشأ ، لدى المصابات بالانفلونزا ، أثناء الولادة الاختلاطات : كضعف قوى الولادة ، وتقلصات

الرحم الموجعة ، والنزف الدموى فى دور الخلاص وفى دور النفاس ، وأمراض النفاس ، المرتبطة بالعدوى التسممية . ان الاطفال الولدان يكونون شديدى الحساسية تجاه فيروس الانفلونزا . وسرعان ما تنتشر الانفلونزا عند انعدام الاجراءات اللازمة للوقاية والعلاج ، بين الأطفال الموجودين فى دار الولادة .

ولتجنب انتشار الانفلونزا ، من الضرورى عزل النساء والاطفال عند ظهور الأعراض الأولى لهذا المرض .

ان حمل الأقنعة الواقية وتهوية الردهات هو ضرورة الزامية ، ومن المفضل تعريض الردهات الى أشعة مصباح كوارتز — الزئبقى .

السل . كثيرا ما يؤثر مرض السل بصورة سلبية على سير الحمل . وكثيرا ما تزداد حدة السل اثناء الحمل .

ان الحمل لا يؤثر عادة على المرضى ، المعافين من السل ، وعلى سير الأنواع المعوضة بصورة جيدة من هذا المرض . وتزداد حدة الانواع النشطة من السل عند الحمل ، خاصة فى أواخر الحمل . ويشتد عند الحمل بسرعة سل الحنجرة .

ان مما يؤثر بصورة سيئة على السل هو دور النفاس والرضاعة .

ويمكن أن تحدث عند سير السل بصورة شديدة ، الولادة قبل الأوان . وقلما يلاحظ انتقال عصية السل من الأم الى الجنين . ان اصابة الطفل الوليد بالسل عند الاختلاط بالأم المصابة تتم بسهولة .

ان جميع الحوامل ، المصابات بالسل ، وكذلك المصابات بهذا المرض سابقا ، يجرى ارسالهن بصورة إلزامية الى طبيب الأمراض النسائية والتوليد والطبيب الاخصائى بالسل (الى مركز مكافحة السل) . ويقوم الاطباء بحل مسألة السماح بالاحتفاظ بالحمل وطرق العلاج . ويقتضى الأمر عند وجود التدرن الرئوى النشط وسل الاعضاء الأخرى ، خاصة عند اصابة الحنجرة قطع الحمل وايقافه . ويسمح بالاحتفاظ بالحمل عند وجود سل معوض .

توضع المصابات بالسل تحت اشراف ومراقبة مركز مكافحة السل والعيادة الاستشارية للنساء . ويوصف عند الضرورة العلاج الخاص (ستريبتومايسين ، حامض ثنائى امينو ساليتسيلى فتيفازيد وغيرها) . ويجرى التوليد لدى المرضى بالسل ، فى أقسام خاصة ، التى يتم انشاؤها فى أحد دور التوليد فى المدينة . وتفرض على المريضة وطفلها فى هذه المؤسسات مراقبة دقيقة . ولا يسمح ، عند وجود النوع النشط من التدرن الرئوى وطرح جراثيم السل ، بارضاع الطفل .

ويسمح ، عند خمود السل ، برضاعة الطفل ، غير أنه توضع رقابة دائمة على الحالة الصحية للأم المرضع . ويغطى عند ارضاع الطفل ، أنف وفم الأم بالقناع .

ولوقاية الولدان من الاصابة بالسل يجرى تلقيح الاطفال فى الأيام الاولى من الحياة بمزروعات ضعيفة من جراثيم السل . ويزيد التلقيح من مقاومة جسم الولدان للسل .

الملاريا . تؤثر الاصابة بالملاريا بصورة سلبية على الحمل ، ونمو الجنين داخل الرحم ، وسير الولادة ودور النفاس . وتزداد شدة المرض عند الحمل ، والولادة ودور النفاس .

وكثيرا ما تؤدى الملاريا الى الاجهاض والولادة قبل الأوان . وليس نادرا ان يحدث عند الاصابة بالملاريا انسكاب الدم ، وفناء الخمل فى أقسام معينة والتغيرات الأخرى ، التى تدهور ظروف نمو الجنين . ومن الممكن ، عند حدوث تغيرات شديدة فى المشيمة انتقال بلازموسيتات الملاريا من دم الأم الى الجنين واصابة الجنين فى الرحم .

ومن الضرورى ، عند الاستفسار من الحوامل ، الكشف عن اصابتهن بمرض الملاريا فى السابق ، وعند ارتفاع حرارة الجسم والاعراض الأخرى ، التى تدل على الملاريا ، فمن الضرورى اجراء اختبار خاص للدم لغرض الكشف عن المسبب .

ويجرى معالجة ، الحوامل والنفساوات المصابات بالملاريا ، بالكنين والاكريخين . ولا يسبب العلاج المضاد للملاريا عادة انقطاع الحمل . ويحل الاجهاض والولادة قبل الأوان نتيجة للاصابة بالملاريا ، وان العلاج بالكنين والاكريخين يساعد على حفظ الحمل .

مرض الزهرى . يعتبر الزهرى غير المعالج ، اختلاطا شديدا للحمل . فتنتقل العدوى من جسم الأم الى الجنين وتؤثر عليه بصورة مميتة .

وغالبا ما ينتهى الحمل ، عند الاصابة بالزهرى غير المعالج أو المعالج بصورة غير كافية بالاجهاض أو الولادة قبل الأوان . ويولد الأطفال مصابين بالزهرى أو موتى ، حتى اذا ولدوا فى الوقت المعين . وتتم اصابة الجنين عن طريق انتقال عدوى الزهرى بواسطة المشيمة ، التى تتعرض ، عند الاصابة ، الى تغيرات هامة (ضيق الأوعية ، انتفاخ النسيج الرابط ، ازدياد أبعاد المشيمة) . ويكتشف ، لدى الوليد المصاب ، الطفح الخاص بمرض الزهرى على الجلد ، حويصلات على راحتى الكف والقدم ، ازدياد حجم الكبد ، وأحيانا الحبن .

ان معالجة المرأة قبل الحمل وأثناء الحمل يقلل من خطورة اصابة وموت الجنين . وان المعالجة الصحيحة فى الوقت المناسب تساعد على شفاء الحامل وولادة طفل معافى . ولهذا فان تشخيص الزهرى وارسال المرأة المصابة فورا الى المعالجة الخاصة له غاية الأهمية .

ومما يساعد على اكتشاف الزهرى هو الاستفسار والفحص الدقيق للحامل . فعند الاستفسار يجرى الكشف عن دلائل تشير الى الزهرى عند الحامل نفسها (وجود اصابة بالزهرى مشخصة فى السابق ، اجهاضات تلقائية ، ولادات ميتة) ، عند زوجها واقربائها . ويجرى القيام لدى جميع النساء فى الاوقات المبكرة من الحمل ، باختبار فاسرمان ويجب علاج الحوامل المصابات بالزهرى (بيوكينول ، بنسلين ، نيوسالفارسان وغيرها) . ويتم القيام بـ ٢ ـ ٣ دورات من العلاج أثناء الحمل ، ويستمر بعد الولادة علاج الأم والطفل .

السيلان . يمكن ان تبدأ الاصابة بالسيلان قبل أو أثناء الحمل .

ان سيلان الاعضاء التناسلية للمرأة كثيرا ما يؤدى الى العقم . ويكثر على الأخص العقم عند الاصابة بسيلان البوق ، الذى تختل نتيجة لذلك قابليته على التمرير . ويمكن ان تسبب الاصابة السيلانية للغشاء المخاطى للرحم ، العقم الموقت ، وكثيرا ما ينتهى الحمل الحالى بالاجهاض . وقد يحل الحمل وينمو بصورة صحيحة بعد خمود اعراض الالتهاب اذا ما انحصر السيلان فى حدود العنق وفى قناة مجرى البول .

واذا حدثت الاصابة أثناء الحمل ، فانها تنتقل الى قناة مجرى البول ، عنق الرحم ، وغدد بارثولين . ويمكن ان تنتشر عدوى السيلان عند الحوامل الى المهبل والفرج ، حيث تساعد طراوة ورخاوة انسجتهما على ذلك . ويظهر لدى الحامل عند التبول قولنج وليكورية غزيرة حاتة . وتظهر على الأعضاء التناسلية الخارجية وفى المهبل أحيانا زيادات ثؤلولية-كونديلومات حادة (يمكن ان تظهر الكونديلومات الحادة عند الأمراض الفيروسية أيضا) .

ان عدوى السيلان ، التى تحدث أثناء الحمل ، لا تنتشر الى الرحم . وبعد الولادة تنتقل العدوى ، عند السيلان غير المعالج ، الى الرحم ، وقد ينتقل السيلان فيما بعد الى البوقين ، المبيضين ، وبريتون الحوض .

ومن الممكن انتقال العدوى اثناء الولادة الى الجنين . ويمكن أن تسبب عدوى السيلان التهاب ملتحمة العين (الرمد الصديدى) ، والمستقيم ، وعند البنات التهاب الفرج والمهبل .

ويساعد الحمل ، عندما يكون السيلان معالجا ، على ازالة الظواهر المتبقية من الالتهاب : الالتصاقات ، الندبات ، والرشح .

يجب دائما الأخذ بعين الاعتبار ، عند فحص الحوامل ، الدلائل التى تشير الى وجود اصابة بالسيلان (اصابة الحامل والزوج فى الماضى ، القولنج عند التبول ، والليكورية القيحية

وغيرها) . وعند وجود أعراض السيلان ، وحتى مجرد الشك بوجود هذه العدوى ، يجرى تحليل خاص لمفرزات قناة مجرى البول ، وعنق الرحم ، والمهبل والأعضاء الأخرى .

ومن الضرورى البدء فورا بمعالجة الحامل المريضة بالسيلان بعد التشخيص . ويوصف بشكل عام نفس العلاج الذى يعطى للنساء غير الحوامل .

داء المقوسات . ثبت فى السنوات الأخيرة ان سبب شذوذ النمو والولادات الميتة يمكن ان يكون داء المقوسات . وينتسب مسبب داء المقوسات الى الطفيليات . وقد وجد مختلف الباحثين هذا الطفيلى لدى القردة ، الحيوانات الوحشية والأليفة ، القوارض والطيور . ويمكن ان تتم اصابة الانسان عن طريق الجهاز الهضمى ، والطرق التنفسية، والعضات وغيرها . ويجرى داء المقوسات لدى البالغين بصورة حادة ومزمنة . ويمتاز الشكل الحاد بتنوع أعراضه الكثيرة ويسير على غرار المرض الشبيه بالتيفوئيد ، والتهاب السحايا والدماغ ، والتهاب الغدد اللمفاوية وغيرها . ان الشكل المزمن من داء المقوسات قليل الأعراض ، وكثيرا ما يجرى بصورة خفية ويكتشف فقط عن طريق التحاليل الخاصة للمصل .

وعند اصابة الحامل بداء المقوسات يمكن ان تنتقل العدوى الى الجنين داخل الرحم . ويمكن ان يسبب داء المقوسات الخلقى ، موت الجنين داخل الرحم . ويلاحظ ، عند المولودين أحياء ، شذوذ النمو (استسقاء الدماغ ، صغر الدماغ وغيرها) ، واصابات الجهاز العصبى المركزى (التشنجات ، الشلل ، والخذل) ، وأمراض شبكية العين (التهاب مشيمى شبكى) ، الكبد ، الكلى والاعضاء الأخرى .

أمراض أهم الاعضاء والأجهزة

أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية. أثناء الحمل والولادة يتعرض القلب والاوعية الدموية لجهد اضافى .

ويتغلب جسم الحامل السليمة بصورة جيدة على هذا الجهد ، أما عند مرضى القلب والاوعية الدموية فكثيرا ما يحدث اختلال الدورة الدموية والاختلاطات الأخرى .

ان الحمل ، والولادة ودور النفاس تؤدى الى ازدياد حدة معظم أمراض القلب والاوعية . وأكثر الأمراض خطورة يعتبر عيب صمام القلب ذى المصراعين (المرض الاكليلى) الذى يتفوق فيه الضيق وجميع أمراض القلب روماتيزمية المنشأ (اصابة بطانة القلب ، وعضلات القلب) ،

والالتهاب التسممي لبطانة القلب ، والذبحة الصدرية . واثناء الحمل ، تزداد حدة هذه الامراض ، وكثيرا ما ينشأ خفقان تعويض نشاط القلب واختلال الدورة الدموية (عسر التنفس ، الازرقاق ، الاستسقاء وغيرها) ، التي تعتبر اسبابا لقطع الحمل . ومن السهل حصول اختلالات نشاط القلب والدورة الدموية عند أمراض القلب ، أثناء الولادة ، سيما في دور الطرد . إن توتر الجهاز العصبي والعضلي الشديد أثناء المخاض يؤدي الى اختلال نشاط القلب ، ويمكن ان يحل الانهيار بعد ولادة الجنين (نتيجة لانخفاض الضغط داخل الرحم) .

ان اختلال عمل القلب قد يؤدي الى موت المرأة . ويمكن ان ينتهي الحمل ، عند عيوب القلب التي أخفق تعويضها ، بالولادة قبل الأوان ، وكثيرا ما يلاحظ أثناء الولادة اختناق الجنين . وتلاحظ أحيانا ، عند الولدان في الأيام الأولى من الحياة ، أعراض كلم الجمجمة الداخلي الذي يحصل عند الولادة . وقلما يحدث عند تعويض نقص الصمام التاجي ، اختلال عمل القلب والدورة الدموية نتيجة للحمل . وتسير الولادة عادة بصورة طبيعية ، الا انه قد يحدث خفقان التعويض .

ويحل ، عند بعض المصابات بعيوب القلب ، تعويض عمل القلب في دور النفاس .

ولاكتشاف أمراض القلب والأوعية الدموية في حينه يجب فحص جميع الحوامل بدقة عند أول مراجعة للعيادة الاستشارية (السوابق ، المعاينة ، القرع ، التسمع ، جس النبض ، وقياس الضغط الشرياني) . وترسل الحوامل اللاتي لديهن دلائل على أمراض القلب والاوعية الدموية ، الى الاطباء — طبيب التوليد والأمراض النسائية وطبيب الامراض الباطنية . ويجري القيام ، عند وجود أمراض خطرة على الصحة (الضيق التاجي ، التهاب بطانة القلب ، اصابة عضلات القلب ، الذبحة الصدرية الخ) بقطع الحمل في المراحل المبكرة (حتى ١٢ اسبوعا) . فاذا حضرت المرأة الى العيادة ومدة حملها اكثر من ١٢ أسبوعا ، فانها توضع في المستشفى للمعالجة المنتظمة ولحل مسألة استمرار الحمل . ويجري اذا ما ساءت حالة الحامل ، بالرغم من المعالجة ، القيام بقطع الحمل ، عن طريق العملية القيصرية عادة . واذا كانت حالة الحامل تسمح ، فان اجراء العملية القيصرية يتم في المراحل المتأخرة من الحمل حينما يكون الجنين قادرا على الحياة .

ويجري التوليد عند مريضات القلب والأوعية الدموية تحت اشراف طبيب : فتستعمل بصورة واسعة أدوية القلب ، الجلوكوز ، والاوكسجين . ولغرض قطع المخاض يجري انهاء الولادة

عن طريق استعمال الملاقط . ويمكن ان يسمح في عدد من الحالات ، لدى النساء المصابات بعيب تاجى معوض مع تفوق نقص المصراع ، بالولادة التلقائية .

ويوضع عقب ولادة الطفل ، ثقل على البطن (كيس تراب) او يتم حالا ربط البطن ، مما يساعد على تجنب الانهيار .

وتتبع المريضات فى دور النفاس نظام ملازمة الفراش التامة . ولا يسمح بالخروج من دار الولادة قبل مرور ٣ أسابيع على الولادة . وتوضع المرأة بعد خروجها من دار الولادة ، تحت المراقبة الدورية من قبل الطبيب ، لانه قد تسوء الحالة الصحية بعد عدة أسابيع وأشهر بعد الولادة .

مرض ارتفاع التوتر الشريانى . ان الحمل يعقد ، كقاعدة ، سير مرض ارتفاع التوتر الشريانى . ويمكن للحمل والولادة ان يسيرا بصورة طبيعية فقط عند الشكل الخفيف لهذا المرض (ضغط الدم المرتفع غير الشديد وغير الدائم ، انعدام تغيرات عضوية) . ويرهق الحمل ، عند الارتفاع العالى والثابت لضغط الدم ، الصورة السريرية لمرض ارتفاع التوتر الشريانى . ويلاحظ أحيانا عند بداية الحمل فقط ، انخفاض مؤقت لضغط الدم ، الذى يرتفع فيما بعد من جديد ، وكثيرا ما يكون الى درجة عالية .

ونتيجة للتشنج المتزايد للأوعية تسوء تغذية الانسجة وتزويدها بالاوكسجين ، وتنشأ اختلالات وظيفة أهم الاعضاء وحصول الخلل فيها . وتظهر ، نتيجة لهذه الاختلالات ، آلام الرأس ، وضعف البصر ، والزلال والاسطوانات فى البول . ويسوء ، نتيجة لتشنج الاوعية الدموية للرحم والمشيمة ، ايصال الكمية الضرورية من المواد الغذائية والاوكسجين الى الجنين . ولهذا كثيرا ما يلاحظ ، فى الحالات الشديدة من مرض ضغط الدم المرتفع ، ضعف نمو الجنين ، والاجهاضات ، والولادة قبل الأوان ، وتوجد ولادات ميتة . ويمكن ان يحدث لدى المرأة فى دور الطرد ، انسكاب الدم فى الاعضاء المختلفة ومن ضمنها المخ .

ان اكتشاف مرض ضغط الدم المرتفع ، فى حينه لدى الحوامل يعتبر أحسن وقاية للاختلاطات المذكورة أعلاه . فعند المراجعة الاولى للعيادة الاستشارية يجرى الكشف عن السوابق التى تدل على هذا المرض ويقاس الضغط الشريانى . وترسل الحوامل المصابات بارتفاع الضغط الشريانى بصورة إلزامية الى الطبيب . ويدعو الأمر ، عند وجود حالات شديدة وثابتة من مرض ضغط الدم المرتفع ، الى قطع الحمل . وان أبدت المرأة رغبتها فى المحافظة على الحمل ، يتم تعريضها الى المعالجة المنتظمة والمراقبة .

امراض الدم . كثيرا ما يلاحظ عند الحمل فقر الدم . ان انخفاض كمية الهيموغلوبين مرتبط بارتفاع استهلاك الحديد من قبل الجنين النامى . ويمكن ان يحدث فقر الدم بالنظر للتغذية غير الصحيحة ، عند اختلال نشاط أعضاء الجهاز الهضمى والأمراض الأخرى ، التى تؤدى الى تمثيل الحديد ، الوارد مع الغذاء المكتسب ، بصورة غير كافية .

وتحت تأثير النظام الصحيح للغذاء والعلاج تزداد كمية الهيموغلوبين . وتنصح الحامل بتناول الخضر الطازجة ، الفواكه ، الكبد ، الفيتامينات ، ومستحضرات الحديد .

وعند اختلال اعضاء جهاز الهضم والأمراض الأخرى يخصص العلاج المناسب .

ان فقر الدم الخبيث يتقدم بسرعة عند الحمل ، ولهذا يقتضى قطع الحمل .

ويؤثر الحمل بصورة سلبية على مرضى اللوكيميا (ابيضاض الدم) ، فتسوء عادة صحة الحامل ، وقد ينتهى المرض بالموت من النزيف الدموى أثناء الولادة أو بعد الولادة . وترجع الأهمية الحاسمة فى تشخيص اللوكيميا الى تحليل الدم .

أمراض المجارى البولية . يعتبر التهاب الكلية اختلاطا خطيرا جديا للحمل . فيمكن أن يحدث التهاب الكلية الحاد أثناء الحمل نتيجة لالتهاب سابق فى اللوزتين من الأمراض المعدية . وكثيرا ما يحصل ، عند التهاب الكلية ، انقطاع تلقائى للحمل . والحمل يزيد حدة التهاب الكلية الحاد منه والمزمن ، ولهذا فان الأمراض المذكورة تصلح ان تكون دواعياً لقطع الحمل .

وكثيرا ما يلاحظ أثناء الحمل التهاب حوض الكلية . ولاسترخاء الحالبين وتأخر ميزاب البول المرتبط به ، القابلية على احداث التهاب الكلية وحوضها . وتنفذ العدوى بواسطة الطرق اللمفاوية من الأمعاء ، وبصورة أندر — بالتسلق من المثانة . وتعتبر العصيات المعوية أكثر مسبب التهاب الكلية وحوضها وجودا .

ويحدث التهاب الكلية وحوضها فى النصف الثانى من الحمل عادة وهو يلاحظ عند النساء متعددات الحمل اكثر من النساء اللاتى يحملن لأول مرة . وان بداية المرض تكون حادة عادة ، وفى حالات أقل — تدريجيا . فترتفع الحرارة (كثيرا ما تكون مصحوبة بقشعريرة) ، وتظهر آلام فى منطقة العجز ، وتتدهور الحالة الصحية العامة . ويكتشف فى البول عدد كبير من الكريات البيض ، وخلايا ظهارة أحواض الكلية والبكتيريا . وعند الضرب بقبضة اليد على منطقة العجز (الكلى) يتحدد ألم فى تلك الجهة ، التى يكون لالتهاب الحوض مكان فيها (عرض باستيرناتسكى الايجابى) .

ان التهاب حوض الكلية يكون قابلا للعلاج عادة وهو لا يسبب عواقب وخيمة للحامل والجنين . وفى حالات نادرة فقط يقتضى اللجوء الى قطع الحمل بصورة اصطناعية . وينصح عند التهاب حوض الكلية بالغذاء المكون من المنتجات اللبنية النباتية ، وتدفئة منطقة العجز ، وحقن العضل بالستروبتومايسين ، كانامايسين والمضادات الحيوية الأخرى .

ويمكن ان يحدث ، عند الحمل ، التهاب المثانة ايضا . ومما يساعد على نشوء التهاب المثانة هو الضغط على المثانة من قبل الرحم او الرأس المتقدم واستسقاء جدرانها . وتتسرب العدوى من خلال قناة مجرى البول ، وكثيرا ما يكون ذلك عند القسطرة . فيظهر الميل بكثرة الى التبول والألم عند التبول ، وترتفع الحرارة .

ويعطى عند التهاب المثانة السالول (عند البول الحامضى) أو الأوراتروبين (عند البول القاعدى) ، والسولفات وحقن المضادات الحيوية ، والغذاء المكون من المنتجات اللبنية — النباتية .

التهاب الزائدة الدودية . قد يحدث أثناء الحمل التهاب الزائدة الدودية الحاد واشتداد الالتهاب المزمن . ويعتبر التهاب الزائدة الدودية اختلاطا شديدا للحمل . وتكمن خطورة التهاب الزائدة الدودية فى امكانية حصول التهاب البريتون .

ففى النصف الثانى من الحمل يرتفع الأعور والزائدة الدودية بواسطة الرحم الآخذ فى النمو الى الاعلى . ان تحرك الزائدة الدودية يدهور الظروف اللازمة لعزل الرشح الالتهابى عند التهاب الزائدة الدودية الحاد ويساعد على اختلال الالتصاقات عند التهاب الزائدة الدودية المزمن . ويمكن ان يكون التهاب الزائدة الدودية سببا فى الانقطاع التلقائى للحمل ، وان التنبؤ بالعاقبة بالنسبة للمرأة أثناء الحمل أسوء مما هو فى حالة عدم وجود الحمل .

وعلاج التهاب الزائدة الدودية ، عند الحمل ، جراحى . ومن الضرورى اجراء العملية فورا بعد وضع التشخيص . ولهذا يجب ارسال المرأة الحامل ، عند وجود أعراض التهاب الزائدة الدودية بسرعة (آلام فى النصف الأيمن من البطن ، تشنج العضلات ، عرض شوتكين — بلومبيرغ ، الغثيان وغيرها) ، الى المستشفى .

أمراض الجهاز العصبى . يلاحظ الجنون المرتبط بالحمل والولادة بصورة نادرة ، فى الأغلب عند النساء ذوات المزاج غير الثابت . وللجنون عند الحمل عادة صفة اكتئابية ، ويمتاز جنون دور النفاس فى الأغلب بحالة الهياج . فعند نشوء الجنون توضع المرأة فى مستشفى الأمراض العقلية . وعند العلاج الصحيح فان جنون الحوامل والنفساوات يزول .

تلاحظ لدى الحوامل أحيانا آلام عصبية فى منطقة العصب الثلاثى ، الوركى، والاعصاب بين الاضلاع ، وقلما تلاحظ إلتهابات العصب وإلتهاب الأعصاب المتعددة ، التى يعود ظهورها الى الحمل .

ويمكن ان ينشأ الحمل لدى المصابة بالصرع ، وان سير هذا المرض أثناء الحمل يسوء عادة ، وقلما يلاحظ انخفاض عدد النوبات . ويعتبر سوء سير داء الصرع داعيا لقطع الحمل . وتختلف نوبة داء الصرع عن التشنج الحملى بانها تتم بغياب ارتفاع ضغط الدم الشريانى ، الاستسقاء ، والزلال فى البول . ويتضح من السوابق بأن مثل هذه النوبات لوحظت قبل الحمل .

داء الرقص (الكورية) يعتبر مرض الحوامل النادر ، وهو يحدث أحيانا لأول مرّة فى الطفولة، واحيانا أثناء الحمل . وتمتاز الكورية بتشنج كل عضلات الجسم ، الذى يتكرر ليلا ونهارا ، وترتفع حرارة الجسم ، ويزداد النبض ، وكثيرا تصاب المرأة باختلال العقل . وكثيرا ما يحدث عند الاصابة بالكورية ، الانقطاع التلقائى للحمل قبل الأوان .

وفحوى علاج الكورية هو استعمال الادوية المنومة والمقويات ويجب عند عدم نجاح العلاج ، قطع الحمل .

امراض الغدد الصم . كثيرا ما تختل عند مرض الغدد الصماء ، العادة الشهرية ووظيفة النسل . غير انه يلاحظ وجود الحمل عند أمراض كثيرة للغدد الصماء وكثيرا ما تزداد حدتها (قلما يلاحظ تحسنها) .

ان أمراض الغدة الدرقية من صنف التدراق (الجحوظ الدرقى) وهبط الدراقية (المكسيديما) تتراقى عادة . وعند بعض المصابات فقط تقل أعراض الجحوظ الدرقى عند الحمل . وتعتبر أمراض الغدة الدرقية داعيا لقطع الحمل ، باستثناء تلك الحالات من الجحوظ الدرقى ، حينما يتحسن فيها سير المرض عند الحمل .

والحمل عند المصابات بالداء السكرى يؤدى الى ازدياد حدة المرض عادة ، ويمكن أن تصاب الحامل بالاغماء . وتعتبر حاجة جسم الأم والجنين المتزايدة للانسولين ، الذى تقل كميته عند المصابات بالسكرى ، سببا للاغماء . وكثيرا ما يحدث عند المصابات بالسكرى الاستسقاء والتسمم . ويكون الجنين ضخما (او عملاقا) ، وكثيرا ما يولد فى حالة الاختناق ، فقر الدم واختلال التمثيل . ويمكن للحمل ان يستمر بصورة صحيحة ، عندما يكون داء السكرى خفيفا ، والنظام والعلاج صحيحا .

وعلى مريضات الداء السكرى اللاتى يرغبن فى استمرار الحمل ، أن يتناولن غذاء خاصا يحتوى على الفيتامينات ويفتقر الى الكربوهيدرات ، وأن يتعاطين الانسولين ، ويجب ان تكون المريضة تحت اشراف الأطباء – طبيب التوليد والأمراض النسائية وطبيب الأمراض الباطنية .

الحمل عند امراض الاعضاء التناسلية ونموها غير الصحيح

نمو الاعضاء التناسلية بصورة غير صحيحة (شذوذها) . ينتمى الى شذوذ نمو الأعضاء التناسلية ما يلى : أ) التركيب التشريحى غير الصحيح ، مثلا ازدواج الرحم والمهبل ، انعدام المرور (التئام) فى منطقة غشاء البكارة ، المهبل ، الرحم وغيرها ، ب) عدم اكتمال نمو الاعضاء التناسلية ذات الشكل الصحيح :

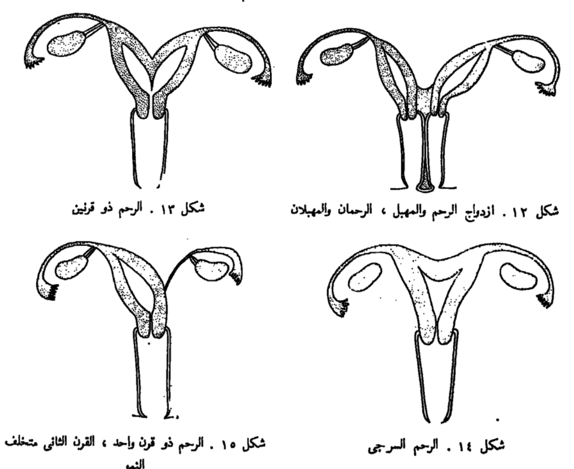
وكثيرا ما يصحب شذوذ النمو الواضح ، اختلال العادة الشهرية ووظيفة النسل . ويمكن ان يحدث الحمل عند بعض حالات شذوذ الاعضاء التناسلية ، ويمكن ان تتم الولادة .

شكل ١١ . الاصول الجنينية للرحم ، والبوقين والمهبل المكونة من مسالك موليِر .
١ – البوقان ، ٢ – الرحم ، ٣ – المهبل ، ٤ – الجيب البوفى التناسلى ، ٥ – الحالب ، ٦ – المثانة

نمو الاعضاء التناسلية غير الكامل يتميز بالخصائص التالية : ضعف نمو الغطاء الشعرى فى العانة ، تقعر العجان ، قصر وضيق المهبل ، العنق ضيق ومخروطى الشكل ، الرحم صغير الحجم (أحيانا حتى أقصر من العنق) ، الزاوية الواقعة بين الجسم والعنق حادة . تبدأ العادة الشهرية ، عند نقص نمو الأعضاء التناسلية ، فى وقت متأخر من العمر ، وكثيرا ما تكون غير منتظمة (حيض يسير مصحوب بالألم أو بالعكس حيض غزير ومستمر) ، وغالبا ما يلاحظ العقم . وكثيرا ما ينتهى الحمل بالاجهاض والولادة قبل الأوان . وكثيرا ما يحدث ، إذا ما استمر الحمل حتى النهاية ، اختلاطات تعود الى ضعف النشاط التقلصى لعضلات الرحم غير النامية بدرجة كافية . يلاحظ عادة ضعف

قوى الولادة ، الذى ينشأ اما فى بدء الولادة ، أو فى دور الطرد . كثيرا ما يلاحظ حدوث نزيف دموى فى دور الخلاص ، وفى دور النفاس – بطء عودة الرحم الى حالته الطبيعية .

ازدواج الرحم والمهبل . يتكون الرحم والمهبل فى المراحل المبكرة من الحياة الرحمية من قناتين (دروب موليبر) ، تلتحمان فيما بينهما فى القسم المتوسط والسفلى . فمن القسم المتوسط



شكل ١٢ . ازدواج الرحم والمهبل ، الرحمان والمهبلان

شكل ١٣ . الرحم ذو قرنين

شكل ١٤ . الرحم السرجى

شكل ١٥ . الرحم ذو قرن واحد ، القرن الثانى متخلف النمو

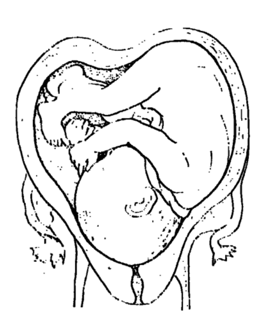
لدروب موليبر المندمجة ، يتكون الرحم ، ومن السفلى – المهبل ، وتتحول الاقسام العلوية غير الملتحمة من هذه الدروب الى بوقين للرحم (شكل ١١) .

فاذا تعرضت عملية اندماج دروب موليبر إلى الخلل ، حدث شذوذ يمتاز بازدواج الرحم والمهبل .

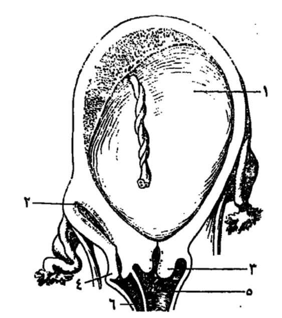
وهنالك حالات لدرجات مختلفة من الازدواج : رحمان منفصلان (أنصاف رحم) ومهبلان (شكل ١٢) ، ازدواج جسم الرحم (رحم ذو قرنين) عند وجود عنق مشترك (شكل ١٣) ،

رحم سرجي الشكل (التقسيم في قعر الرحم فقط) (شكل ١٤) مع حاجز في الجوف أو بدونه أو حاجز في المهبل الخ . وينمو أحيانا قرن واحد فقط للرحم (رحم ذو قرن واحد) ، أما الآخر فيبقى ناقصا (قرن متخلف) (شكل ١٥) .

ان ازدواج الرحم لا يحول دون تطور الحمل . وينمو الحمل في نصف واحد (نادرا جدا في كليهما) ، ويكبر نوعا ما النصف الثاني غير الحامل ، يلين ، ويتم في الغشاء المخاطي



شكل ١٧ . حمل في الرحم السرجي



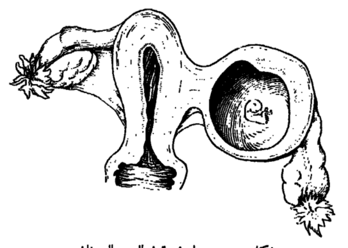
شكل ١٦ . الحمل في رحم ومهبل مزدوجين.
١ — رحم حامل ، ٢ — رحم غير حامل ، ٣ — عنق رحم حامل ، ٤ — عنق رحم غير حامل ، ٥ — المهبل الايسر ، ٦ — المهبل الايمن

تفاعل نفاضي (شكل ١٦) . وكثيرا ما يلاحظ عند ازدواج الرحم انقطاع الحمل قبل الأوان ، وضعف النشاط التقلصي للرحم في الولادة ، والنزف الدموي في دور الخلاص والنفاس . واذا كان نقص النمو معدوما أو غير واضح بشدة ، فان الحمل ينتهي بولادة طبيعية في حينه .

ويساعد الرحم سرجي الشكل على تكون أوضاع مستعرضة ومائلة للجنين . غير أن الحمل والولادة ، عند الرحم سرجي الشكل (شكل ١٧) ، قد يجريان بصورة طبيعية .

وقلما يلاحظ إلى حدّ ما الحمل في القرن المتخلف من الرحم ، الذي يتصل بجوف القرن المتطور للرحم بواسطة قناة ضيقة . وتعرف حالات نمو الحمل في القرن

المتخلف ، الذى لا يتصل بالرحم (شكل ١٨) . وتقع الحيوانات المنوية ، فى حالات كهذه ، من جوف القرن المتطور بصورة طبيعية من الرحم عن طريق البوق فى جوف البريتون ، وفيما بعد فى بوق القرن المتخلف ، هناك حيث يجرى التلقيح ، وتتقدم الخلية الانثوية الملقحة فى القرن المتخلف وتنغرز فيه . ان جدران القرن المتخلف تكون نامية بصورة ضعيفة ، ولهذا فان حمل المشيمة ينمو داخل الغشاء المخاطى والعضلى للرحم . ان تخريب الجدار يؤدى الى تمزق القرن المتخلف ، مما يصحبه نزيف دموى فى البطن وصدمة . ان أعراض تمزق القرن المتخلف



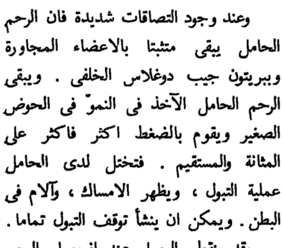
شكل ١٨ . حمل فى قرن الرحم المتخلف

الحامل تكون مطابقة للصورة السريرية للحمل خارج الرحم . فمن الضرورى فى أحوال كهذه القيام بفتح البطن وازالة القرن المتخلف . وفى حالات نادرة يتطور الحمل فى القرن المتخلف ، مما يشكل كذلك خطرا على المرأة . ان الولادة التلقائية مستحيلة وان حياة المرأة يمكن انقاذها فقط عن طريق فتح البطن ، الذى يزال فيه الجنين والقرن المتخلف من الرحم. وتتمدد عادة حواجز المهبل ولا تعرقل سير الولادة . فاذا كان الحاجز يعرقل تقدم الجزء المتقدم من الجنين ، يتم قطعه .

يمكن ان تكون الاوضاع غير الطبيعية للرحم سببا للعقم . غير ان الحمل ، فى بعض الحالات ، يحدث عند هبوط وسقوط الرحم مثلما يحدث عند التحولات المرضية له ، انحرافه وانحنائه .

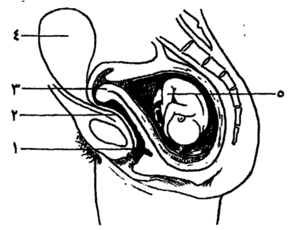
قد يؤدى الحمل ، عند هبوط الرحم وسقوطه ، الى تحسن الحالة مؤقتا وعندما يكبر الرحم ويرتفع الى اعلى الحوض الصغير ينقطع السقوط . غير أن سقوط الرحم يتجدد بعد الولادة ، واحيانا حتى أنه يزداد .

ان مما يلفت النظر من بين الاوضاع غير الطبيعية للرحم هو انحناءاته الى الخلف . ويمكن ان يكون الرحم ، عند انحنائه الى الخلف ، متحركا ، غير أنه غالبا ما يكون مثبتا بالمقارن ، التي تتكون بنتيجة الالتهاب في السابق . ولا يعرقل الانحناء المتحرك الى الخلف ، سير الحمل الطبيعي . وفي الشهر الرابع من الحمل يرتفع الرحم أعلى الحوض الصغير ويزول انحناؤه . وكثيرا ما يساعد الحمل ، عند ثبات الانحناء الى الخلف ، على تليين الرحم وحتى زوال الالتصاقات ، وفي حالات كهذه فان الحمل يتطور بصورة صحيحة .



وعند وجود التصاقات شديدة فان الرحم الحامل يبقى متثبتا بالاعضاء المجاورة وببريتون جيب دوغلاس الخلفي . ويبقى الرحم الحامل الآخذ في النموّ في الحوض الصغير ويقوم بالضغط اكثر فاكثر على المثانة والمستقيم . فتختل لدى الحامل عملية التبول ، ويظهر الامساك ، وآلام في البطن . ويمكن ان ينشأ توقف التبول تماما .

وقد ينقطع الحمل عند انحصار الرحم الحامل الثابت (شكل ١٩) ، تلقائيا .



شكل ١٩ . انحصار الرحم الحامل في الحوض عند انحنائه الى الوراء

١ – المهبل ، ٢ – الاحليل ، ٣ – عنق الرحم ، ٤ – المثانة المتمددة ، ٥ – الرحم الحامل المحصور

وكثيرا يلجأ الى الاجهاض الاصطناعي ، اذا لم يحدث اجهاض . وتجرى المحاولة عند انعدام الظواهر الخطرة التي تضطر الى قطع الحمل لتعديل وضع الرحم الحامل باعتناء تحت التخدير العام . وترسل المرأة الحامل ، التي توجد لديها ظواهر انحصار الرحم فورا ، الى دار التوليد التي يشرف عليها طبيب .

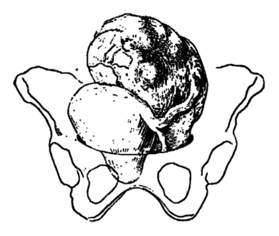
ان اورام الأعضاء التناسلية لا تعرقل دائما نشوء الحمل . ويسبب الورم الليفي العضلي للرحم ، العقم أو الاجهاض في حالة ما اذا كانت عقد الورم تنمو باتجاه تجويف الرحم . ويمكن للحمل أن ينشأ وأن يستمر حتى النهاية ، اذا كان موضع العقد داخل جدار الرحم أو تحت البريتون . وكثيرا ما يلاحظ أثناء الولادة ضعف النشاط التقلصي للرحم ، والنزف الدموي في دور الخلاص وفي أوائل دور النفاس . ولهذا يجب اتخاذ الاجراءات اللازمة ، عند مريضات كهؤلاء ، للوقاية من هذه المضاعفات .

ان العقد الضخمة التى تقوم فى الحوض الصغير او بالقرب من مدخل الحوض ، تعرقل ميلاد الجنين (شكل ٢٠) . فيجرى القيام ، فى حالات كهذه ، بالتوليد جراحيا بواسطة العملية القيصرية ، وعند اكتشاف العقد فى الوقت المناسب ، يمكن ازالتها (قطعها) جراحيا .

يمكن للحمل أن ينشأ عند وجود ورم المبيض الكيسى (شكل ٢١) . ولا تحول الاورام الكيسية غير الكبيرة المتحركة التى تقوم على سويقة ، دون نمو الحمل ، وان الاورام الكيسية الكبيرة تعوق نمو الرحم وقد تسبب الاجهاض . عدا ذلك فقد يحصل فى جدار الورم الكيسى



شكل ٢٠ . الحمل عند الورم الليفى العضلى للرحم . عقدة تجثم فى الحوض الصغير ، تعتبر عرقلة لطرد الجنين



شكل ٢١ . الحمل وورم المبيض الكيسى

موت الانسجة نتيجة لانضغاط الرحم الحامل . ان الاورام الكيسية الثابتة فى الحوض الصغير تشكل عرقلة لمرور الجنين عبر طرق الولادة . ويستمر الحمل حتى نهايته وتجرى الولادة بصورة طبيعية ، عند الاورام الكيسية غير الكبيرة ، الا أنه يلاحظ بعد الولادة فى حالات كثيرة التواء سويقة الورم ، وموت الانسجة والتقيح ، الأمر الذى يشكل خطورة على المرأة .

ويقتصر العلاج على فتح البطن وازالة الورم على الرغم من الحمل . ويمكن الحفاظ على الحمل عند القيام بالعملية الجراحية باعتناء ، وادارة فترة ما بعد العملية بصورة صحيحة .

ولا يستبعد سرطان عنق الرحم ، احتمال نشوء الحمل . ويجرى السرطان بصورة خبيثة على الأخص عند الحمل، ويلاحظ نمو الورم بسرعة وانتقاله الى النسيج الخلالى المحيط

بالرحم ، المهبل ، المثانة والأعضاء الأخرى . ولهذا ينبغى معاينة عنق رحم جميع النساء الحوامل بواسطة المنظار ، وليس المصابات بالأمراض النسائية فقط .

ويتلخص علاج سرطان عنق الرحم بازالة الرحم الحامل مع ملحقاته والنسيج الخلالى المحيط به والقسم العلوى من المهبل مع استعمال أشعة رونتجين فيما بعد .

الباب الثالث

الاجهاض والولادة قبل الأوان

الاجهاض (الاسقاط)

يسمى بالاجهاض أو بالاسقاط (abortus) ، انقطاع الحمل خلال ٢٨ أسبوعا (٧ أشهر قبالية) من الحمل. أما انقطاع الحمل بعد ٢٨ أسبوعا وحتى ٣٩ أسبوعا فيدعى بالولادة قبل الأوان .

فالجنين الذى يولد قبل ٢٨ أسبوعا ، غير قادر على الحياة (باستثناء حالات نادرة جدا) . ويمكن ان يعيش الطفل المولود قبل الأوان ، عند توفر العناية المطلوبة ، وان ينمو حتى اذا كان غير تميم لدرجة كبيرة (مثلا وزنه ١٠٠٠ غرام ، وطوله ٣٥ سم) .

ويسمى الاجهاض ، خلال ال ١٤ أسبوعا الاولى ، بالمبكر ، وبعد ١٤ وحتى ٢٨ اسبوعا — بالمتأخر .

وهنالك الاجهاض التلقائى والاجهاض الاصطناعى. فالاجهاض التلقائى (abortus spontaneus) يتم بدون اى تدخل ، خلافا لرغبة المرأة . فاذا تكرر الاجهاض التلقائى لدى المرأة قيل عن الاجهاض (الاسقاط) المعتاد .

ويسمى بالاجهاض الاصطناعى (abortus artificialis) الاجهاض المتعمد فى مؤسسة للعلاج أو فى غير المستشفى .

الاجهاضات التلقائية

ان أسباب حدوث الاجهاضات التلقائية مختلفة . فكثيرا ما تؤدى الى الاجهاض ، الأمراض السارية (التيفوئيد ، الانفلونزا ، داء المقوسات ، التهاب الكبد المعدى ، الملاريا ، الزحار وغيرها) . ويمكن أن يحدث الاجهاض ، عند التهاب الرئة ، ذات الجنب ، التهاب الزائدة الدودية وغيره من الأمراض ، المصحوبة بحرارة عالية وتسمم الجسم . ومن غير النادر أن يؤدى الزهرى الى انقطاع الحمل قبل الأوان (اجهاض ، ولادة قبل الأوان) .

ومن الاسباب المتكررة بكثرة للانقطاع التلقائي للحمل : عدم نمو الاعضاء التناسلية (طفالة) والالتهابات المزمنة للرحم (التهاب بطانة الرحم ، التهاب الرحم) ، وكذلك اصابة العضلات الدائرية في منطقة البرزخ والمزرد الداخلي ، التي تحدث بعد الاجهاضات والتوليد الجراحي . ونتيجة للأذى فان قناة عنق الرحم تكون مفتوحة ولا يمكن الاحتفاظ ببيضة الجنين في الرحم . ومن غير النادر أن تحدث الاجهاضات التلقائية نتيجة لاختلال وظيفة الغدد الصماء : المبيضين ، الغدد الكظرية ، الغدة الدرقية والغدد الصماء الاخرى .

ودائما يلاحظ ، لدى النساء اللاتي كانت لديهن اجهاضات تلقائية ، نقص وظيفة المبيضين الذي يعود الى الطفالة التناسلية ، أو الناشئ ثانويا بسبب الاجهاضات الاصطناعية ، التهابات الاعضاء التناسلية او بسبب العمليات الباثولوجية الأخرى . ويمكن ان يكون سبب الاجهاضات اختلالات مختلفة في وظيفة الغدد الكظرية (غالبا ما تكون حالات ممسوحة سريريا) ، وقصور وظيفة الدرقية وفرط وظيفة الدرقية ، والسكرى والامراض الأخرى للغدد الصماء .

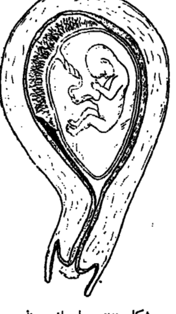
وقد تؤدي الى الاجهاض أمراض القلب ، المصحوبة باختلال الدورة الدموية ، وأمراض الغدد الصماء (نقص الدرقية ، فرط الدرقية ، السكرى وغيرها) . ان نقص الفيتامينات في الطعام يسبب موت الجنين ويليه الاجهاض . وان نقص فيتامينات A ، C ، E ومجموعة فيتامين B وغيرها يلعب دورا سيئا على الأخص .

ويمكن ان تسبب الكدمات (الرض ، الكسور) عند وجود عامل ما مساعد ، مثلا الطفالة ، عملية التهاب وغيرهما الاجهاض . وكثيرا ما يبقى الحمل ، لدى النساء السليمات سليما ، حتى عند الاصابات الشديدة (الرضوض ، كسور عظام الحوض والاطراف) . ويمكن أن يحدث الاجهاض ، لدى النساء اللاتي لديهن جهاز عصبي غير متزن بسبب صدمة نفسية قوية (مثلا الرعب ، النكبة) ويمكن ان يؤدي الى الاجهاض تسمم جسم الحامل بالزئبق ، الرصاص ، أوكسيد الكاربون ، المركبات الانيلينية ، الكحول ، المورفين وغيره من المواد .

ومن الممكن انقطاع الحمل عند التأثير على جسم الحامل بأشعة رونتجين والراديوم .

وتنفصل بيضة الجنين بصورة تدريجية ، عند الاجهاض ، عن الرحم ، حيث يتم إصابة الأوعية الدموية للغشاء النفاضي بالأذى . فتموت بيضة الجنين المنفصلة وتتشرب بالدم المنسكب . ويتم ، تحت تأثير النشاط التقلصي لعضلات الرحم (المخاض) انفتاح قناة عنق الرحم وطرد

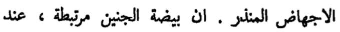
بيضة الجنين بأكملها (اجهاض أحادى المرحلة) أو على أقسام (اجهاض ثنائى المرحلة) . وتشعر المرأة نتيجة لتقلصات الرحم ، بآلام شبيهة بآلام المخاض فى أسفل البطن ، مع العلم أن شدة الآلام تكون أقوى فى الاجهاض المتأخر . اما عند الاجهاضات المبكرة فان الاحساس بالألم يكون غير واضح بشدة أو حتى انه يكون معدوما . ان الاجهاض يكون مصحوبا ، كقاعدة ، بالنزف ، الذى تتغير شدته تبعا لمرحلة سير هذه العملية ومدة الحمل . ويكون النزف الدموى ، عند الاجهاض المبكر ، فى معظم الحالات شديدا .



شكل ٢٢ . اجهاض منذر

ويسير الاجهاض المتأخر عادة على منوال الولادة : فيتم استواء وانفتاح العنق ، وتخرج المياه المحيطة بالجنين ، ويولد الجنين ، ومن ثم المشيمة . ويحدث النزف عند اختلال عملية انفصال الجنين وطرده .

توجد المراحل التالية للاجهاض : ١) الاجهاض المنذر (abortus immines) ، ٢) الاجهاض البادئ (abortus incipiens) ، ٣) اجهاض فى الطريق (abortus progrediens) ، ٤) اجهاض ناقص (abortus incomple-tus) ، ٥) اجهاض كامل (abortus completus) .

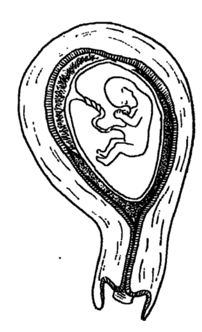


الاجهاض المنذر . ان بيضة الجنين مرتبطة ، عند الاجهاض المنذر ، بالغشاء المخاطى للرحم ، وان هذا الارتباط يتعرض للاختلال فى قسم ضئيل منه (شكل ٢٢) . ولا توجد هنالك افرازات دموية أو تكون ضئيلة ، ويكون العنق مغلقا ، وان حجم الرحم يتناسب ومدة الحمل . وتلاحظ الحامل آلاما خفيفة غير حادة أسفل البطن ، وللالام عند الاجهاضات المتأخرة طبيعة المغص .

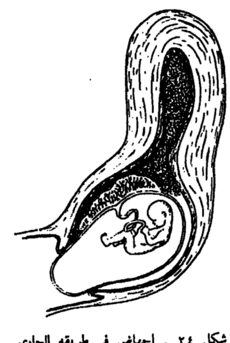
ويمكن ، عند مراعاة النظام اليومى (هدوء) والعلاج الصحيحين ، الحفاظ على الحمل . والشرط الضرورى لهذا هو الامتناع عن المجامعة الجنسية وملازمة السرير لمدة ٢ — ٣ أسابيع . وينصح بحقن ٥ — ١٠ مليغرامات من البروجيسترون يوميا لمدة ١٠ أيام . وتستعمل ، حسب الدواعى (أعراض الطفالة ، نقص وظيفة المبيضين) ، عدا البروجيسترون الادوية الايستروجينية بمقادير صغيرة (الايسترون ، الميكروفولين ، الايستراديول — ديبروبيونات) . ويمكن وصف تحاميل البابافيرين (بمقدار ٠,٠٢ — ٠,٠٥ غرام) مرة — مرتين فى اليوم ولا يجوز استعمال

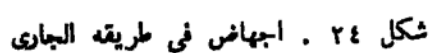
خلاصة البيلادون بالنظر لانه يساعد على انفتاح عنق الرحم . وينصح بتناول فيتامين E بمقدار ملعقة شاى واحدة ٣ ــ ٤ مرات فى اليوم . ولا تستعمل الادوية الموقفة للنزف (مشتقات ال Claviceps ، البتوترين وغيرها) لأنها تسبب تقلص الرحم وتساعد على انفصال بيضة الجنين . ولهذا السبب نفسه لا يوصف الرحض ، اكياس الماء الحار ، وكيس الثلج على البطن .

الاجهاض البادئ . يكون المغص والافرازات الدموية عند الاجهاض البادئ غير كبيرة ، غير أنها اكثر وضوحا ، من الاجهاض المنذر . بيضة الجنين تكون منفصلة على مساحة غير



شكل ٢٣ . اجهاض بادئ





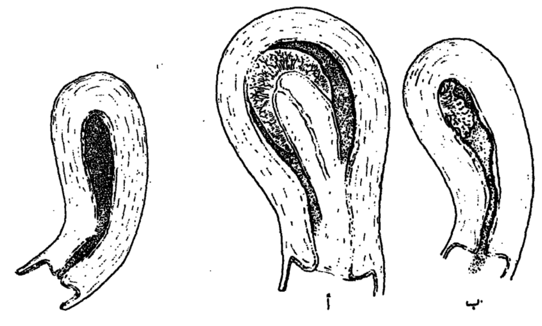
شكل ٢٤ . اجهاض فى طريقه الجارى

كبيرة (شكل ٢٣) ، وهى مازالت فى الرحم ، ولهذا فان حجم الرحم يتفق ومدة الحمل . وتكون قناة العنق مسدودة أو انها تكون مفتوحة قليلا فقط . وينبغى ، عند الاجهاض البادئ ، اتخاذ الاجراءات للحفاظ على الحمل . والعلاج هو نفسه عند الاجهاض المنذر . فاذا اشتد النزف وتحول الاجهاض الى المرحلة التالية ، يجرى تفريغ الرحم .

الاجهاد فى الطريق الجارى . وتتصف المرحلة الحالية للاجهاض ، بأن بيضة الجنين المنفصلة تطرد من الرحم عبر قناة العنق المتوسعة (شكل ٢٤) . ويتضح من الفحص المهبلى ، أن قناة العنق مفتوحة ، حيث تتحدد فيها بيضة الجنين ، التى يبرز قطبها السفلى فى المهبل . وكثيرا ما يصحب الاجهاض الجارى وخاصة المبكر ، نزيف دموى شديد . ويتلخص العلاج

بازالة بيضة الجنين المنفصلة بطريقة آلية . وينصح عند الاجهاض المتأخر انتظار ميلاد الجنين بصورة تلقائية . وعند النزف الشديد فقط ، يتم تمزيق كيس الجنين وإخراج المشيمة ، بعد ميلاد الجنين ، باليد او بالآلة .

الاجهاض الناقص . يقال ، اذا خرج جزء من بيضة الجنين ، وبقى فى تجويف الرحم الجزء الآخر ، بأن الاجهاض ناقص . ويتأخر فى الرحم عادة الغشاء المائى ، الغشاء الخملى ،



شكل ٢٥ . اجهاض غير تام .
أ - تأخرت فى الرحم جميع الاغشية ، ب - فى الرحم بقايا بيضة الجنين

شكل ٢٦ . اجهاض تام

والنفاضى والمشيمة أو أجزاء منهم (شكل ٢٥) . والاجهاض الناقص يكون مصحوبا بالنزيف . وقد يكون النزف طويلا ، معتدلا أو غزيرا ، وكثيرا ما تفرز خثر من الدم ، وجزيئات الاغشية المتبقية فى الرحم . تسمح قناة عنق الرحم بمرور اصبع ، مع العلم ان المزردين الخارجى والداخلى يكونان مفتوحين . ان حجم الرحم لا يتناسب ومده الحمل : فهو أصغر من هذه المدة بالنظر لتفريغ الجوف جزئيا . وان قوام الرحم يكون رخوا .

ان الامر يستدعى ، عند الاجهاض الناقص ، ازالة بقايا بيضة الجنين بالأدوات . ويمكن ان تكون بقايا بيضة الجنين سببا فى نشوء نزيف دموى قد يكون خطرا على الحياة ، وأمراض

يكون لها ارتباط بالعدوى . ولهذا ترسل المرأة ، عند الاجهاض الناقص ، بصورة عاجلة الى الطبيب . وتقوم القابلة ، عند الحالة الخطيرة للمرأة باستدعاء الطبيب لتقديم المساعدة فى مكانها .

الاجهاض التام . ويسمى بالتام ، أو المنتهى ، فى تلك الحالة ، عندما تكون بيضة الجنين قد خرجت من جوف الرحم تماما (تخرج بيضة الجنين أحيانا برمتها) (شكل ٢٦) . فعند الاجهاض التام يتقلص الرحم ، وتنسد قناة عنق الرحم ، وينقطع النزف . ويلاحظ الاجهاض التام فى المراحل المبكرة من الحمل بصورة أقل جدا من المراحل المتأخرة . ويبقى فى الرحم عادة ، عند الاجهاض التام ، الغشاء النفاضى حتى فى تلك الحالات حينما تخرج من الرحم بيضة الجنين كاملة . ان بقاء الغشاء النفاضى ، يؤدى الى نشوء افرازات دموية لفترة طويلة ، ونشوء العدوى (الالتهاب النفاضى لبطانة الرحم) . ولهذا ينصح ، بعد الاجهاض التام فى المراحل المبكرة من الحمل ، قشط الرحم لغرض ازالة الغشاء النفاضى .

ولا تبرز الحاجة الى اجراء الكشط فى الاجهاض التام المتأخر .

اجهاض نتيجة الاصابة بالعدوى (الحمى) . كثيرا ما يحدث ، عند حدوث الاجهاض التلقائى لمدة طويلة ، تسرب الميكروبات من المهبل الى الرحم . ويكثر انتقال العدوى على الأخص عند القطع الاصطناعى للحمل بالطرق الممنوعة فى غير المؤسسات الطبية . فالميكروبات الواصلة الى الرحم ، تجد ، عند الاجهاض ، وسطا جيدا للنمو ، كالدم والاجزاء المفصولة من بيضة الجنين .

فالميكروبات النافذة الى الرحم تلوث عناصر بيضة الجنين ويمكن ان تنتقل العدوى فيما بعد الى الرحم ، البوقين ، والمبيضين ، وبريتون الحوض والنسيج الخلالى . واحيانا يكون الاجهاض الحادث نتيجة للتلوث ، سببا لنشوء أمراض تسممية عامة ، تشكل خطرا على حياة المرأة . ويتوقف تحديد الاصابة فى منطقة بيضة الجنين أو انتشارها الى الرحم وخارج اطاره ، على فوعة الميكروبات ومقاومة جسم المرأة .

فتبعا لدرجة انتشار العدوى يوجد: ١) اجهاض نتيجة حمى غير مختلط ، ٢) اجهاض نتيجة حمى مختلط ، ٣) اجهاض تسممى . فعند اجهاض نتيجة حمى غير مختلط لا تنتشر العدوى الى خارج اطار الرحم ، فالرحم عند الجس غير مؤلم ، وملحقات الرحم ، وبريتون الحوض والنسيج الخلالى بلا تغير . فالحرارة لدى المرأة مرتفعة ، والنبض سريع ، لكنه يتفق والحرارة ، والحالة الصحية العامة مرضية . وتنتشر العدوى ، عند اجهاض نتيجة حمى مختلط ،

الى خارج اطار الرحم ، ويكتشف ، عند الفحص ، ألم الرحم ، وتبدلات فى منطقة الملحقات أو البريتون أو فى النسيج الخلالى للحوض (ألم ، ارتشاح وغيرها) . فالحالة العامة للمرأة مختلة ، والحرارة عالية ، وتضايقها الآلام والاختلالات الاخرى .

وتمتاز ، الصورة السريرية لاجهاض نتيجة لتسمم الدم ، بتعقيدها وشدة سريانها . فتكون الحالة الصحية للمرضى شديدة والنوم مختل، والشهية معدومة، واللسان جاف، والجلد شاحب وكثيرا ما يكون مشوبا بسحنة صفراء أو رمادية . وتعتبر ، الأعراض المبكرة لاجهاض تسمم الدم ، هى القشعريرة ، الحرارة العالية وازدياد النبض لدرجة كبيرة ، لا تتناسب مع الحرارة . وكثيرا ما ينشأ التهاب الاوردة التجلطى والخراجات الانبثاثية فى الرئتين ، الكلى ، النسيج الخلالى تحت الجلد والمناطق الأخرى . وقد لا توجد فى الحوض الصغير التهابات بارزة .

ان علاج الاجهاضات الناتجة عن التلوث عبارة عن مهمة معقدة للطبيب المولد — النسائى . وان كل امرأة باجهاض نتيجة للتلوث، يجب ان ترسل الى مؤسسة للعلاج. وتخصص المضادات الحيوية أو السلفات ، عند اجهاض نتيجة حمى غير مختلط ، وبعد ٥ — ٦ أيام من استقرار الحرارة الطبيعية تزال بقايا بيضة الجنين بالمكشتة أو بجهاز تفريغ وفى بعض المؤسسات يجرى اخراج بقايا بيضة الجنين بعد الدخول الى المستشفى مباشرة .

عند اجهاض ناتج عن تسمم الدم مختلط تعالج المريضة بالمضادات الحيوية ، السولفات ، المقويات ، والأدوية المزيلة للالم ، والعناية الصحيحة والغذاء الخ . ويجرى ، فى أحوال كهذه ، انتظار ولادة بقايا بيضة الجنين بصورة تلقائية، لأن كشط جدران جوف الرحم خطر حيث يمكن ان تنتشر العدوى فيما بعد . ويجرى كشط الرحم فقط عند حدوث نزف دموى شديد ، يكون خطرا على حياة المرأة . ولغرض الاسراع بطرد بقايا بيضة الجنين الملوثة تخصص الأدوية التى تزيد من تقلص الرحم (الكنين ، البيتوترين) .

الاجهاضات الاصطناعية

يجرى القيام بالاجهاض الاصطناعى حتى ١٢ أسبوعا من الحمل ، فى مؤسسات العلاج حسب رغبة المرأة بقطع الحمل ، او بدواع طبية .

فاذا كانت المرأة لا تستطيع الاستمرار فى الحمل فى الوقت الحالى لسبب ما، تقوم القابلة بارسالها الى الطبيب . فيحدد الطبيب مدّة الحمل ويستوضح ما اذا كانت هنالك أسباب تمنع من القيام بقطع الحمل (التهابات الاعضاء التناسلية وغيرها) .

وعند وجود دلائل مانعة ، يمتنع عن القيام بالاجهاض وتخضع المرة للعلاج .

يجرى القيام بالاجهاض فى مرحلة واحدة بواسطة الادوات الخاصة مع اتباع جميع القواعد الصحية . وللطبيب فقط الحق فى القيام بالعملية فى المستشفى .

ويجرى القطع بعد الـ ١٢ أسبوعا من الحمل فقط لدواع طبية ، عند وجود أمراض ، يسوء سيرها وتنشأ خطورة على صحة المرأة وحياتها ، عند الحمل . ومن هذه الأمراض : أمراض القلب ، مرض ضغط الدم المرتفع ، التدرن الرئوى الشديد وتدرن الاعضاء الأخرى ، أمراض الكلية ، الكبد ، قرحة المعدة والاثنى عشرى ، والعمليات الجراحية الكبيرة فى السابق وغيرها .

وتنتسب ، الى عدد الدواعى الطبية لقطع الحمل ، الأمراض التى تنتقل بالوراثة (الزهرى فى حالته المعدية ، الأمراض العقلية وغيرها) ، وحالة الأم التى تحول دون العناية بالطفل (عدم وجود أطراف ، القسط ، الصمم ، العمى وغيرها)

ان قطع الحمل فى المراحل المتأخرة منه ، عن طريق كشط الرحم ممنوع ، لانه من الممكن هنا انثقاب الرحم والاصابات الأخرى ، الخطرة على حياة المرأة . ولهذا فان قطع الحمل بعد الأسبوع الـ ١٢ من الحمل ، يتم عند دواع طبية عن طريق تناول الاوكسيتوتسين ، والبرستوغلاندين والوسائل الأخرى . ويلجأ عند الضرورة الى حقن محلول ملح الطعام فوق المركز (تركيزه ــ ١٠٪) داخل الغشاء والى توسيع عنق الرحم بكيس او العملية القيصرية عن طريق المهبل .

ومن المؤسف أنه لم يوضع حد بعد للاجهاضات الاصطناعية غير القانونية ، التى تقوم بها الحامل نفسها او شخص آخر فى غير ظروف المستشفيات . ولغرض قطع الحمل يجرى حقن الرحم بالمواد الكيمائية ، الموسعات وغيرها من الاشياء ، ويجرى تناول المواد المختلفة الخ . وان كل هذه الطرق تشكل خطرا بالنسبة للمرأة . وينحصر الخطر الرئيسى فى انتقال الميكروبات الممرضة الى جوف الرحم ، التى تستطيع ان تسبب التهابات الأعضاء التناسلية وحتى التسمم العام . وكثيرا ما يحدث نزيف دموى ، يؤدى الى فقر الدم الحاد ، الخطر على حياة المرأة . ويمكن ، عند القيام بالاجهاض عن طريق ادخال ادوات فى الرحم ، ثقب جدار الرحم ، جرح الأمعاء والاعضاء الأخرى والموت . ولا تستبعد أمراض الالتهاب وأذى الرحم والاعضاء الأخرى عند اجراء الاجهاض فى ظروف المستشفى ايضا .

ويمكن ان يمتد أمد أمراض الالتهاب التى تحدث بعد الاجهاض وتكون لها عواقب لا تحمد . ويلاحظ ، بعد الاجهاضات المختلطة بالعدوى ، العقم ، الحمل خارج الرحم ،

الانقطاع التلقائي للحمل اللاحق . ويمكن أن يحدث للنساء اللاتي يلجأن الى الاجهاضات ، عند الحمل اللاحق ، جيئة بالمشيمة ، رسوخ المشيمة ، ضعف قوى الولادة ، نزيف دموي كبير في دور الخلاص ودور النفاس . ان أمراض الالتهاب التي تحصل بعد الاجهاض تهيء جدران الرحم للتمزق أثناء الولادة .

الوقاية من الاجهاضات

ان مكافحة الاجهاضات يقوم بها العاملون في دور التوليد ، العيادات الاستشارية للنساء، المستشفيات، مراكز القبالة والمساعدة الطبية . وتلعب القابلات دورا كبيرا في مسألة تلافي الاجهاضات .

وتتلخص الوقاية من الاجهاضات في ابعاد الاسباب التي تعرقل تطور الحمل بصورة طبيعية . وتوضع تحت المراقبة في العيادات الاستشارية ، جميع الحوامل اللاتي لديهن أعراض الطفالة ، واللاتي كانت لديهن اجهاضات تلقائية وولادات قبل الأوان . وتنصح اولئك النسوة بالتزام النظام الصارم (الامتناع عن المجامعة الجنسية ، ممارسة الاعمال الخفيفة ، التغذية الصحيحة الخ) ، وترسل ، عند ظهور أعراض الاجهاض المنذر ، الى المستشفى . ولابعاد النساء الحوامل عن الأمراض المعدية ومعالجة المصابات بالملاريا ، الانفلونزا، التهاب اللوزات الخ في الحين ، أهمية كبيرة . وتعتبر التغذية الصحيحة ، خاصة تناول كمية كافية من الفيتامينات اجراء مهما في الوقاية من الانقطاع التلقائي للحمل . ولاتباع القواعد الصحية في العمل ، دور هام : تحرير الحوامل من العمل ، المرتبط بتأثير المواد الكيمائية ، الحرارة العالية ، حمل الاثقال ، اهتزاز الجسم وغيرها :

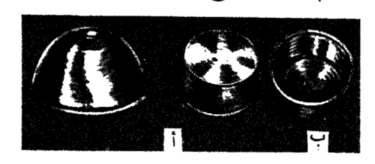
ويتلخص تلافي الاجهاضات الاصطناعية بالعمل بصورة واسعة على التثقيف الصحي واستخدام وسائل منع الحمل . ومن الضروري شرح ضرر الاجهاضات للنساء بحيث تستخدم لهذا الغرض طريقة الأحاديث على انفراد ، المحاضرات ، الراديو ، الصحافة .

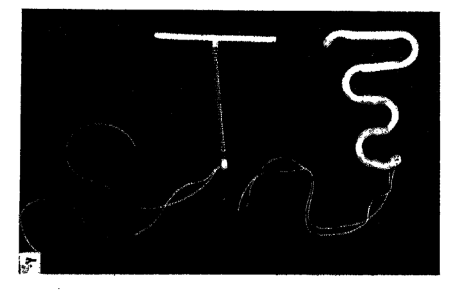
وسائل منع الحمل

لغرض تلافي الحمل ، ينصح باستخدام الوسائل الميكانيكية والكيميائية ، وأدوية الغدد الصماء والوسائل الأخرى . فالوسائل الميكانيكية تعرقل تسرب الحيوانات المنوية الى الرحم ، والكيميائية تخمد نشاطها . وللاستعمال المركب للوسائل الميكانيكية والكيميائية نتائج جيدة .

ويجب ان تكون وسائل منع الحمل عديمة الضرر للجسم . ويمنع استعمال طرق تلافى الحمل ، الضارة للجسم (حقن الرحم باليود والمواد الكيميائية الأخرى ، واستخدام السليمانى وغيرها) . ولا ينصح باللجوء الى المجامعة الجنسية المقطوعة .

وتنتسب الاغلفة الواقية للذكر والأغطية الواقية للانثى ، التى يتم ادخالها فى المهبل او يجرى تلبيسها لعنق الرحم ، الى وسائل منع الحمل الميكانيكية .





شكل ٢٧ . وسائل منع الحمل .
أ – غطاء واقى ، ب – أغطية واقية تلبس على عنق الرحم ، جـ – وسائل داخلية فى الرحم لمنع الحمل

فالغلاف المطاطى الواقى للذكر يمنع وقوع السائل المنوى فى المهبل والرحم ، حيث يبقى المنى المفرز أثناء الجماع الجنسى فى الغلاف الواقى .

وتمنع الأغطية الواقية ، المدخلة فى المهبل والملبسة على عنق الرحم ، مرور الحيوانات المنوية الى جوف الرحم . وهنالك أنواع مختلفة من الاغطية الواقية للانثى . واكثرها راحة

وضمانا يعتبر الغطاء الواقي المهبلي CR (شكل ٢٧ ، أ) ، الذى هو عبارة عن غلاف مطاطي مثبت الى حاشية مرنة . تضغط حاشية الغطاء الواقي بين الأصابع ، ويجرى ادخال الغطاء الواقي بعمق على الجدار الخلفي للمهبل ، حتى أن يصل الطرف السفلي للحاشية الى القبوة الخلفية للمهبل ، بعد ذلك تسوى الحاشية ويتم تقريب طرفها العلوى من القبوة الأمامية . وعند ادخال الغطاء الواقي بصورة صحيحة ، تتاخم حاشيته بصورة شديدة قبوات المهبل .

وتصنع ، الأغطية الواقية التى تلبس على عنق الرحم (شكل ٢٧، ب) ، من المطاط ، الالومينيوم ، الفضة او الكاوتشوك . ويمكن التوصية باستخدام الاغطية الواقية فقط عند انعدام الالتهابات ، وتمزقات العنق ، وتحات عنق الرحم والأمراض الأخرى .

وتعقم الاغطية الواقية بالغليان ، وتحفظ فى محلول معقم خفيف . وبعد المجامعة الجنسية يتم اخراج الاغطية الواقية من المهبل . ويمكن للاغطية التى تلبس على عنق الرحم ان تبقى ٢ ــ ٣ يام . وينصح ، قبل الاستعمال ، بدهن أطراف الغطاء الواقي بالمعجون المانع للحمل .

وتكون الاغطية الواقية مختلفة الحجوم ، فهى تنتقى من قبل الطبيب أو القابلة لكل امرأة تطلب النصيحة من الطبيب .

ويستخدم ، فى الوقت الحاضر ، ادخال أدوات خاصة من مواد صناعية مختلفة ، فى الرحم ، لها شكل حلقات مسطحة صغيرة ، لوالب ، اسطوانات متقاطعة الخ وتنتهى بخيط من الكبرون . وتبرز نهايات الخيط من المزرد الخارجى ، فعند سحبها تخرج الاداة من الرحم . ويجرى ادخال هذه الادوات بحوامل خاصة ، بعد تعقيمها ، الى الرحم وتوضع فيه لمدة طويلة (شكل ٢٧ ، جـ) .

ويفسر البعض ، المفعول المانع للحمل لهذه الطريقة ، بازدياد نشاط حركة البوقين ، ونتيجة لذلك تخرج الخلية الانثوية قبل التلقيح من الرحم أو بعد التلقيح مباشرة .

ولا تزال قيد الدرس خصائص فعل وعواقب استعمال هذه الادوات .

وتنتسب الى مجموعة الوسائل المانعة للحمل الاسفنجات ، والحشوات الخاصة ، التى تشبع بمحلول الاحماض المخففة أو المواد الأخرى ، التى تخمد نشاط الحيوانات المنوية . ويمكن صنع كريات الحشو من القطن الماص بحجم يناسب عرض المهبل ، وتربط بصورة متقاطعة بشريط. ويكون أحد طرفى الشريط طويلا ، وفائدته لسحب الحشو من المهبل . ويجرى تشريب الاسفنجات والحشوات بمحلول حامض البوريك أو محلول خل

الطعام (١ ملعقة طعام من خل الطعام مع كأس من الماء) أو محلول الكنين بتركيز ١٪ . حيث يجرى ادخالها عميقا فى المهبل قبل عملية المجامعة الجنسية (لتغطية عنق الرحم) ، وتسحب بعد المجامعة الجنسية ويجرى القيام بالغسل بمحلول ما معقم .

يجرى القيام بغسل المهبل عادة بمثابة طريقة تكمل الطرق الأخرى للحماية من الحمل . ويمكن التوصية باستعمال الرحض ، عند انعدام الوسائل الأخرى لمنع الحمل ، كطريقة قائمة بذاتها فى تلافى الحمل .

ويستعمل عند الغسيل محلول حمض الخل أو حمض البوريك (٢ — ٣ ملاعق شاى مع لتر واحد من الماء) . ويتم القيام بالغسل حالا بعد المجامعة الجنسية .

وترجع الى وسائل منع الحمل الكيميائية ، المعجون الخاص (مثلا « بريكونسول ») ، الكريات ، الحبوب ، التى تدخل فى تركيبها المواد التى تؤثر بصورة سامة على الحيوانات المنوية (الكنين ، الكينوزول ، غراميتسيدين ، الاحماض الخفيفة وغيرها) .

ويجرى ادخال المعجون ، والحبوب فى المهبل قبل عملية المجامعة الجنسية . فهى تذوب فى المهبل وتحيط عنق الرحم وجدران المهبل .

ان الاستمرار على استعمال نفس الوسيلة لا جدوى منه ، فيجب تغيير الوسائل المانعة للحمل . وان وصف الوسائل المانعة للحمل وابدالها يتم عادة بواسطة الطبيب ، وتقوم القابلة بتعليم النساء على تغيير الوسيلة الموصوفة ، بصورة صحيحة ، وتساعد الطبيب على القيام بالعمل التنظيمى والتثقيفى .

وتستعمل فى السنوات الأخيرة الوسائل المانعة للحمل ، التى ينحصر مفعولها فى اخماد عملية الاباضة . ويتم الوصول الى ذلك ، عن طريق استعمال الحبوب ، التى تدخل فى تركيبها الأدوية الايستروجينية والجيستاجينية (تأثير بروجيستيرونى). ان استعمال الحبوب (انفيكوندين ، اينوفيد وغيرهما) (من اليوم ٥ حتى اليوم ٢٥ من الدورة) يؤدى الى عرقلة الاباضة أو يتم موت الخلية الانثوية الملقحة فى المراحل المبكرة من النمو . وتحدث أحيانا ظواهر عارضة (غثيان ، افرازات دموية وغيرها) . ولا ينصح باستعمالها طويلا (لمدة أطول من عام واحد) ، ومن الضرورى تناوب هذه الطريقة مع الطرق الأخرى .

ان تنظيم الحياة الجنسية ايضا يصلح ان يكون اجراء للحماية من الحمل . وينصح بالامتناع عن المجامعة الجنسية فى المدة الواقعة بين اليوم ١١ — ١٢ وحتى ١٩ — ٢٠ من الدورة .

الولادة قبل الأوان (partus praematurus)

تعتبر الولادة قبل الأوان عندما تحل بعد الأسبوع ٢٨ وحتى الاسبوع ٣٩ من الحمل ، ويكون الجنين المولود قبل الأوان مخدوجا ، غير أنه قادر على الحياة .

ان مدّة الولادة قبل الأوان ودرجة عدم تمام الجنين تتحدد بمجمل السوابق والفحص الموضوعى للحامل والجنين المولود . ويلعب تحديد الطول ، الوزن والعلامات الأخرى ، التى تتصف بها حياة الجنين داخل الرحم ، دورا هاما .

الأسباب . يمكن ان تحدث الولادة قبل الأوان نتيجة لنفس الاسباب ، التى تسبب الاجهاضات التلقائية (الأمراض ، التسمم ، الطفالة وغيرها) . ومما يهئ للولادة قبل الأوان هو الاجهاضات والتسمم الحملى المتأخر (اعتلال الكلية ، طليعة التشنج الحملى ، التشنج الحملى) ، اختلال وظيفة الغدد الصماء والجهاز العصبى .

سير الولادة قبل الأوان . تجرى الولادة قبل الأوان على شكل ولادة عادية : ينشأ نشاط ولادى ، ويجرى استواء العنق وانفتاح المزرد ، وتخرج المياه ، فيولد الجنين ومن ثم المشيمة .

غير ان الاختلاطات التى تحدث أثناء الولادة قبل الأوان هى اكثر من الاختلاطات عند الولادة العادية . واكثر اختلاطات الولادة قبل الأوان انتشارا هو خروج المياه المحيطة بالجنين قبل الأوان (وفى وقت مبكر) وضعف قوى الولادة .

وكثيرا ما تحصل ، عند الولادة قبل الأوان ، جيئات بالحوض ، وضعيات مائلة ومستعرضة للجنين ، نزيف دموى أثناء الولادة ، خاصة فى دور النفاس .

ويلاحظ الاختناق ، والصدمة الولادية داخل جمجمة الجنين والولادات الميتة بصورة اكثر ، مما هو عليه عند الولادات العادية .

الوقاية والعلاج . ان التأثير السيء للولادات قبل الأوان على الأم والجنين يتطلب ضرورة اجراء وقاية دقيقة على الأخص من الولادة قبل الأوان . ومن اجراءات الوقاية : الحياة المنتظمة والغذاء الصحيح للحامل، الحماية من العدوى والتسمم، اكتشاف أمراض الحامل ومعالجتها فى الحين .

وترسل الحامل ، عند ظهور علائم تدل على انقطاع الحمل قبل الأوان (ظواهر ألم ، افرازات ضئيلة مخلوطة بالدم) الى قسم (ردهة) أمراض الحمل فى دار التوليد . ويطلب منها ملازمة السرير ويخصص لها البروجيسترون ، والتحاميل المزيلة للألم ، والفيتامينات .

ويتطلب ، عند القيام بالتوليد المراقبة الدقيقة لحالة الأم والجنين . ويستعمل ، عند الضرورة ، تنبيه النشاط الولادى ، والوقاية من اختناق الجنين والاشكال الأخرى من المساعدة تبعا لخصائص سير الولادة . ومن الضرورى مس رأس الجنين باعتناء شديد ، عند الدفاع عن العجان ، وحماية الطفل المولود على الأخص من البرودة والعدوى .

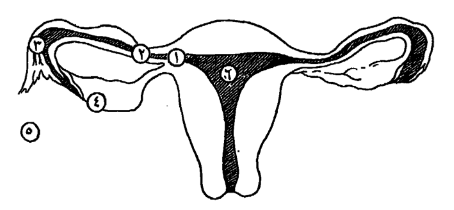
ان النفساء بعد الولادة قبل الأوان والطفل المولود يكونان بحاجة الى العناية الخاصة .

الباب الرابع

الحمل خارج الرحم

تنتقل الخلية الانثوية الملقحة ، فى الظروف الطبيعية بواسطة البوق الى الرحم وتنغرس فى غشائه المخاطى . فاذا كانت شروط تقدم الخلية الانثوية مختلة ، تنغرس خارج الرحم ويحصل حمل لارحمى (فى غير مكانه — graviditis extrauterina) .

ويمكن ان يكون مكان الغرس البوق (حمل بوقى) ، المبيض (حمل مبيضى) ، البريتون (حمل بريتونى) (شكل ٢٨) . واكثر انواع الحمل انتشارا هو الحمل البوقى ، فهو يشكل



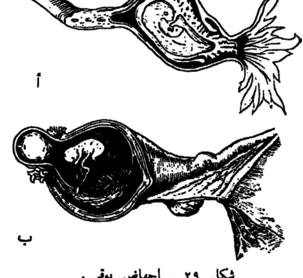
شكل ٢٨ . مكان غرز البيضة عند الحمل خارج الرحم .
١ — فى القسم الخلالى من البوق، ٢ — فى القسم البرزخى من البوق، ٣ — فى القسم الامبولى من البوق، ٤ — فى المبيض، ٥ — فى جوف البطن ، ٦ — باطن الرحم

٩٩٪ من جميع حالات الحمل اللارحمى . ولهذا فان مفهوم « الحمل اللارحمى » و « الحمل البوقى » يتطابقان عادة .

الأسباب . اكثر أسباب حدوث الحمل اللارحمى انتشارا التغيرات التى تعود الى التهاب البوقين . فنتيجة للالتهاب تنشأ فى البوق ثنيات ، ضيق ، التئامات ثنيات الغشاء المخاطى والتغيرات الأخرى ، التى تحول دون تقدم البويضة الى الرحم ، فترسب البيضة فى البوق

وتنغرس في جداره . فيختل تمعج الابواق نتيجة للالتهاب ، مما يعرقل ظروف تقدم البيضة ويساعد على حدوث الحمل خارج الرحم .

وكثيرا ما يحدث الحمل اللارحمي نتيجة للطفالة — نقص نمو الاعضاء التناسلية . ويكون البوقان ، عند الطفالة ، طويلين ملتويين ، وباطنهما ضيقا والتمعج ضعيفا . فتقطع الخلية الانثوية الملقحة طريقا طويلا الى حد ما ، ونتيجة لضعف التمعج فان تحركها يكون بطيئا وتنمو البيضة الملقحة ، خلال فترة تقدمها الطويلة في البوق الضيق والطويل ، الى درجة تكتسب فيها الصفات التروفوبلاستية والقدرة على الانغراس . ولهذا فهي ترسب في البوق وتنغرس في جداره .



شكل ٢٩ . اجهاض بوقي .
أ — انفصال بيضة الجنين عن جدار البوق ، ب — طرد بيضة الجنين من البوق

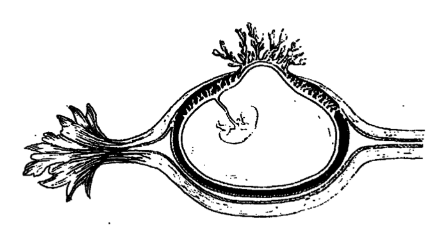
ويمكن أن يحدث الحمل اللارحمي نتيجة لحقن جوف الرحم باليود ، الذي يسبب اختلال مرورية الابواق . ان ارضاع الطفل لمدة طويلة جدا يؤدي الى انخفاض النشاط التقلصي للابواق (تمعج الابواق) . فاذا تم ، في هذا الوقت ، التلقيح ، فان البيضة ستقوم بالتقدم بصورة بطيئة ، ويمكن ان ترسب وتنغرس في البوق .

التغيرات في البوق . تغوص البيضة الملقحة ، عند الحمل في الرحم ، في سمك الغشاء المخاطي النامي بغزارة ، ولا ينفذ خمل الخوريون أعمق من الطبقة المرصوصة من الغشاء المخاطي . والغشاء المخاطي للبوق رقيق ، لهذا فهو سريع التمزق أمام خمل الخوريون . ويقوم الخمل ، بعد تمزق الغشاء المخاطي ، باختراق الغشاء العضلي للبوق ، صاهرا بذلك الاحزمة العضلية والاوعية الدموية واللمفاوية التي تصادف . وكقاعدة ، فان الحمل اللارحمي ينقطع في الأسبوع ٥ — ٦ ، وبصورة أقل في الشهر الثاني أو الثالث . ويتم انقطاع الحمل البوقي على غرار الاجهاض البوقي او على غرار تمزق البوق .

وتنفصل بيضة الجنين ، عند الاجهاض البوقي ، عن جدار البوق (شكل ٢٩ ، أ) ، فتموت ، وتتشبع بالدم وتنهار بالتدريج ويبدأ البوق بالتقلص بشدة ، ونتيجة لذلك يتم طرد

بيضة الجنين المنفصلة ، من البوق الى جوف البطن (شكل ٢٩ ، ب) . ويصحب انفصال بيضة الجنين نزيف دموى ، ويتجمع الدم حول البوق أو فى جوفه . ويدخل الدم ، عند النزف الشديد ، فى جوف البطن ويسيل عادة فى فراغ دوغلاس ، مكونا وراء الرحم ورما دمويا . وفى حالات نادرة جدا ، فان بيضة الجنين المنفصلة لا تموت ، بل تنغرس فى البطن ـ ويحصل حمل بطنى .

ويتم تمزق البوق نتيجة لتمزق جميع طبقاته (المخاطية ، العضلية ، والغطاء البريتونى) بفعل خمل الخوريون (شكل ٣٠) . ولا يلعب العامل الميكانيكى ، المتعلق بتمدد البوق



شكل ٣٠ . تمزق البوق

بالبيضة النامية ، دورا ذا أهمية فى تمزق البوق . فالخوريون يمزق جميع أنسجة البوق ، وبضمنها الأوعية الدموية . وينشأ عند تمزق البوق عادة نزيف شديد فى البطن ، الذى يؤدى الى فقر الدم الشديد . وقلما يصحب الاجهاض البوقى فقدان الدم الشديد .

الصورة المرضية . ان اعراض الحمل اللارحمى متنوعة ، وهذا يتوقف على المرحلة التى يمر فيها الحمل اللارحمى ، وعلى نوع الاختلال فى الحمل (تمزق أو اجهاض) ، ودرجة النزيف الداخلى ورد فعل الجسم على فقدان الدم .

مع استمرار الحمل خارج الرحم تلاحظ الدلائل العادية للحمل المبكر : تبدل الذوق ، الغثيان ، قساوة الثديين ، تأخر الحيض ، ازرقاق الغشاء المخاطى للمهبل وعنق الرحم . ويكون الرحم عادة رخوا ومتضخما شيئا ما ، ويتسنى أحيانا لمس البوق الحامل متضخما الى حد ما ولينا نوعا ما .

ومن العسير تشخيص الحمل اللارحمي المتقدم. وان كشف الأعراض المميزة للحمل اللارحمي يتم عند حلول الاجهاض البوقي او تمزق البوق . الا أن الصورة السريرية للحمل اللارحمي المختل ليست واحدة أيضا ، فالاعراض عند تمزق البوق أوضح بكثير مما هي عليه عند الاجهاض البوقي .

يتصف اختلال الحمل اللارحمي من نوع تمزق البوق ، ببداية مفاجئة حادة وتطور سريع للصورة السريرية الشديدة . فتنشأ ، عند المرأة ، نوبة من الألم الشديد جدا أسفل البطن ، المرفوق بالغيبوبة او بحالة شبه غيبوبة . ويرتد الألم في الكتف ، ولوح الكتف ، والشرج . ويظهر ، بناء على اشتداد النزيف ، شحوب الجلد والاغشية المخاطية الظاهرة ، وازدياد النبض ، وهبوط الضغط الشرياني . يتسرع التنفس ، وينشأ في الحالات الشديدة التقيؤ ، ويغطى الجلد بالعرق ، وتنخفض الحرارة . فالبطن منتفخ ، مؤلم عند الجس ، وعرض « شيوتكن — بلومبيرغ » موجب .

ويتعين ، عند القرع على البطن ، اكلال في منطقة تجمع الدم المنسكب (الاماكن المنخفضة من البطن ، الاقسام الاربية) ، وعند اضطجاع المريضة على جانبها ، فان المناطق ذات الصوت الخافت عند القرع تتغير ، لأن الدم المتجمع يسيل الى ذلك الجانب الذى ترقد عليه المريضة .

وعند الاجهاض البوقي تكون الصورة السريرية المنذرة أكثر ندرة. ويلاحظ عادة شحوب الجلد والاغشية المخاطية، لكن النبض والضغط الشرياني لا ينخفضان بشدة . والشيء النموذجي هو نوبات من جهة واحدة والتي تكون مصحوبة بالدوار او حالة شبه اغماء . وكذلك كما هو الحال عند تمزق البوق ، فان الآلام ترتد في لوح الكتف ، الرقبة ، الشرج ، المهبل .

وتلاحظ ، عند اختلال الحمل اللارحمي عادة ، افرازات دموية عاتمة ضئيلة ، واحيانا شبيهة بالقطران ، من الرحم . واحيانا تشوب الافرازات جزيئات من الغشاء المخاطي المتفكك للرحم ، الذي يتحول عند الحمل اللارحمي الى غشاء نفاضي ، واحيانا يخرج الغشاء النفاضي من الرحم بكامله .

ومن الملاحظ عادة ازرقاق الغشاء المخاطي للمهبل وعنق الرحم ، وكثيرا ما يسبب تحريك العنق الى الأمام وجس القبوة الخلفية الاحساس بالألم. وجسم الرحم كبير نوعا ما ولين.

اذا تكونت في البوق أو حوله خثر من الدم ، فانه بالقرب من الرحم يجس تكوين طرى نوعا ما حساس ، له شكل غير منتظم وحدود غير واضحة . واذا تكون خلف الرحم ورم دموى ،

فانه يتم استواء او تحدب القبوة الخلفية ، مع العلم ان الرحم يتحول الى الأمام . وعند تمزق البوق ، حينما يسيل الدم فى البطن ، فان البوق الحامل يتم لمسه بصعوبة أحيانا أو حتى يتعذر تحديده .

وعند وجود صورة سريرية واضحة ، فان تشخيص الحمل اللارحمى لا يشكل صعوبة . ويصبح التشخيص معقدا فى تلك الحالات حينما تكون الاعراض غير واضحة بصورة كافية وسير المرض ليس شديدا . وكثيرا ما تلاحظ مثل هذه الخصائص للصورة السريرية عند الاجهاض البوقى ، عندما ينعدم فقدان الدم الشديد . ويمكن ان ينشأ ، فى حالات كهذه ، شك بوجود التهاب ، اجهاض ، التهاب الزائدة الدودية والأمراض الأخرى .

وللتعرف على السوابق بالتفصيل ، أهمية حيوية فى التأكد من تشخيص الحمل اللارحمى . وللحمل اللارحمى، بالمقارنة مع الالتهابات، التهاب الزائدة الدودية والأمراض الأخرى، صفات مميزة هى نوبات الألم والافرازات الدموية المعتمة الطلائية ، التى تحدث بعد تأخر الحيض (وقد يكون كل ما فى التأخر هو عدّة أيام) . ومما يساعد على التشخيص هو الفحص الموضوعى المسهب للمريضة . وتستخدم ، فى الحالات المشكوك فيها ، طرق اضافية فى التشخيص : بزل جيب دوغلاس عبر القبوة الخلفية ، الاختبار المناعى الخ . ان الحصول على الدم ، عند البزل ، يؤكد تشخيص الحمل اللارحمى وان النتيجة السلبية لا تنفى وجود الحمل اللارحمى ، لأن الدم يكون احيانا متخثرا حول البوق ولا يقع فى جيب دوغلاس .

العلاج . يعالج الحمل اللارحمى جراحيا ، ويتلخص العلاج فى استئصال البوق الحامل . ويتم اجراء العملية ، حالما يتم التشخيص حتى عندما تكون حالة المريضة مرضية . ويستند هذا المسلك على انه قد يحدث عند الحمل اللارحمى ، فى أية لحظة نزيف فى البطن مرة أخرى . وعند الصورة السريرية الشديدة تجرى عملية مستعجلة ، نقل الدم ، ويجرى استعمال أدوية القلب والطرق الأخرى فى مكافحة فقر الدم والصدمة .

وبالنظر لخطورة الحمل اللارحمى ، يجب ارسال المرأة الى المستشفى حالا بعد وضع التشخيص ، والارسال الى الطبيب ضرورى أيضا عند الشك فى وجود حمل لارحمى . ويجرى ، عند وجود علامات الحمل اللارحمى المنقطع ، ايصال المرأة الى المستشفى بواسطة اكثر وسائط النقل راحة (سيارة ، طائرة) بصحبة القابلة .

ان الحمل فى المبيض والبطن يوجد بصورة نادرة . فالصورة السريرية للحمل المبيضى تكون مطابقة لصورة الحمل البوقى .

نادرا ما يستمر الحمل البريتوني مدة طويلة ، الا ان هناك حالات معروفة استمر فيها الحمل البطنى الى نهايته . فى حالات كهذه يقع الجنين المغطى بالاغشية ، بين الاعضاء الداخلية ، وتتثبت المشيمة الى البوق ، البريتون او الاعضاء الداخلية . ويكون سير الحمل شديدا ، وغالبا ما يموت الجنين ، ويتعرض الجنين الميت الى التحلل والتفكك الظاهر او التنكرز الموميائى . وهنالك حالات لوحظ فيها تقيح الجنين المتحلل نتيجة لانتقال العدوى من الامعاء . ويمكن نتيجة لانفصال المشيمة حدوث نزيف دموى شديد داخل البطن .

ويجرى علاج الحمل المبيضى والبطنى بطريقة جراحية .

وتتلخص الوقاية ، من الحمل اللارحمى ، فى مكافحة الطفالة (حفظ صحة الأطفال) ، أمراض الالتهاب ، الاجهاضات (العمل التوجيهى ، الوسائل المانعة للحمل) ، التى كثيرا ما تؤدى إلى الالتهابات .

ومن الضرورى ، بعد اجراء العملية الجراحية ، معالجة المرأة ، كى يتم تلافى احتمال وقوع حمل لارحمى ثانية .

الباب الخامس

الجيئة بالمشيمة . انفصال المشيمة المتوضعة بصورة طبيعية ، قبل الأوان

الجيئة بالمشيمة

الجيئة بالمشيمة (placenta praevia) يسمى اختلاط الحمل الخطر ، الذى تتثبت فيه المشيمة (مكان الطفل) فى الفلقة السفلية ، غالقة بصورة كاملة او جزئيا المزرد الداخلى للرحم ، وتقع المشيمة أسفل الجزء المتقدم .

هنالك الانواع التالية من الجيئة بالمشيمة .



شكل ٣١ . انواع جيئة المشيمة .

أ – جيئة طرفية المشيمة ، ب – جيئة جانبية للمشيمة ، ج – جيئة مركزية للمشيمة

١ – جيئة طرف المشيمة (placenta praevia marginalis) . يقترب من المزرد الداخلى طرف المشيمة فقط . وتجس ، عند انفتاح المزرد لـ ٢ – ٣ أصابع ، الاغشية الملساء للكيس والطرف الضيق للمشيمة من الجانب (شكل ٣١ ، أ) .

٢ – الجيئة الجانبية للمشيمة (placenta praevia lateralis) . تسد المشيمة بجنبها المزرد الداخلى : يجس ، عند انفتاح المزرد لـ ٢ – ٣ أصابع ، على طول المسافة تقريبا نسيج المشيمة وقسم غير كبير فقط من الأغشية (شكل ٣١ ، ب) .

٣ ــ الجيئة المركزية للمشيمة (placenta praevia centralis) . يقع فوق المزرد الداخلى مركز (او تقريبا مركز) المشيمة ، فعند انفتاح المزرد لـ ٢ ــ ٣ أصابع يجس نسيج المشيمة فقط (شكل ٣١ ، ج) . ولا يمكن أبدا عند الفحص المهبلى للمرأة ، معرفة ما اذا كان مركز المشيمة يقع فوق المزرد الداخلى . ولهذا فان تشخيص الجيئة بالمركز يوضع فى جميع الحالات ، حينما يتعين ، عند انفتاح لـ ٢ ــ ٣ أصابع فقط نسيج المشيمة بدون أغشية .

٤ ــ كما ويوجد تثبت منخفض للمشيمة. تثبت المشيمة فى الفلقة السفلى ، ويدنو طرفها قريبا من المزرد الداخلى ، فلا يمكن جسها حتى عند الانفتاح التام للمزرد .

ويتحول نوع ما من جيئات المشيمة ، فى عدد من الحالات فى مجرى الولادة ، الى نوع آخر . فمثلا ، عند انفتاح غير كبير (لـ ١ ــ ١$\frac{1}{2}$ اصبع) يتم الى جانب الأغشية جس طرف غير كبير فقط من المشيمة (جيئة طرف المشيمة) ، وعند الانفتاح المقبل يتعرى قسم كبير من المشيمة (يمكن ان تصبح الجيئة جانبية) . عدا ذلك فان الجيئة التى تظهر فى البداية كأنها جانبية ، يمكن ان تتحول الى طرفية ، وذلك لأنه ، عند الانفتاح المقبل للمزرد ، تتعرى الأغشية فى الغالب .

يقترح بعض أطباء التوليد ، آخذين بعين الاعتبار التصنيف التقريبى الموصوف لانواع جيئات المشيمة التمييز بين الجيئة التامة وغير التامة . فاذا كان ، عند انفتاح المزرد لـ ٢ ــ ٣ أصابع ، يتحدد نسيج المشيمة ، كانت الجيئة تامة ، واذا كان عند نفس الانفتاح ، تتحدد الأغشية ونسيج المشيمة ، كانت الجيئة غير تامة .

وقلما توجد جيئة للمشيمة فى العنق (placenta cervicalis) ، عندما تنمو المشيمة فى قناة عنق الرحم (او فى قناة العنق والبرزخ) .

الاسباب . تنفذ بيضة الجنين عادة فى الغشاء المخاطى للرحم فى الفلقة العليا منه ، على مستوى ابتعاد بوقى الرحم . فاذا تم غرس بيضة الجنين فى الفلقة السفلى ، نشأت جيئة المشيمة .

ان ما يساعد على غرس البيضة فى الفلقة السفلى ونشوء جيئة المشيمة هو عمليات الالتهاب ، الضمور والعمليات المرضية الأخرى فى الغشاء المخاطى للرحم . وتختل ، فى الغشاء المخاطى الذى يتعرض للتغير المرضى ، ظروف انغراس البيضة ، ولهذا تهبط البيضة الى أسفل ، وتتوقف فى الفلقة السفلى، بالقرب من المزرد ، وتنغرس فى هذا المكان . ويمكن ان تنشأ جيئة المشيمة على ضوء التهاب بطانة الرحم التسممى والسيلانى ، ومما يهئ لجيئة المشيمة هو الاجهاضات ، خاصة المتعددة والمختلطة بعملية التهاب . ومن الممكن ان تتكون جئية

المشيمة نتيجة نمو خمل الخوريون على مدى كبير : فهو يشغل المنطقة المجاورة لـ decidua basalis ، ويتحول الى منطقة decidua capsularis ويمكن ان تمتد المشيمة ، عند ازدياد فى نمو الخمل كهذا ، الى المزرد الداخلى وتحجبه .

عواقب الجيئة بالمشيمة . ان الجيئة بالمشيمة أمر سيء بالنسبة للأم وللجنين ، والجيئة بالمركز (التامة) تشكل خطرا كبيرا .

وتتوسع الاوعية الدموية بشدة ، فى الفلقة السفلى وعنق الرحم عند جيئة بالمشيمة ، وتطول ، وتحتوى على كمية كبيرة من الدم . فنسيج عنق الرحم يكون مزودا بالأوعية بصورة وفيرة (يشبه النسيج الكهفى) ، وطريا ، يتمزق بسهولة عند التدخل باعتناء غير كاف . وينشأ من الأوعية الممزقة نزيف دموى شديد يهدد حياة المرأة . وتتوسع ، فى الأشهر الأخيرة من الحمل ، الفلقة السفلى من الرحم ، وتسع القطب السفلى المتضاعف لبيضة الجنين مع الجزء المتقدم ، ويتمدد جدار الفلقة السفلى ويتحول ، في بعض مواضعها ، من سطح المشيمة . فتنفصل ، فى هذا التحول ، أقسام منفردة من المشيمة من مكان تثبتها ، وتتمزق الأوعية الدموية الرحمية ـ المشيمية وتنزف دما .

شكل ٣٢ . يجرى انفصال المشيمة المتقدمة والنزيف الدموى دائما عند تقلص عضلات الرحم وانكماشها

ويمكن ان يبدأ النزف الدموى ، عند الجيئة بالمشيمة ، فى الأشهر الاخيرة من الحمل ويشتد أثناء الولادة ، ويبدأ النزف أحيانا من لحظة بدء نشاط الولادة . وتنفصل الفلقة السفلى وحاشية مزرد الرحم ، بالنظر لانكماش عضلات الرحم ، وتنسحب من سطح المشيمة ، وتنفصل بالنتيجة المشيمة من مكان تثبتها (شكل ٣٢) . فكلما كانت تقلصات الرحم وانفتاح المزرد أشد ، كلما كان انفصال المشيمة اكبر . وكثيرا ما يأخذ ، النزف من الأوعية الممزقة للرحم فى موضع انفصال المشيمة ، طابع الخطورة . ويجرى النزف من جسم الأم ، فالجنين لا يفقد الدم ، لأن أوعيته لا تتعرض للتمزق . الا ان الجنين مهدد بالاختناق ، لأن الجزء المنفصل من المشيمة لا يستطيع المساهمة فى عملية تمثيل الغازات لدى الجنين . ويسوء

التنبؤ بالعاقبة بالنسبة للجنين عند الجيئة بالمشيمة وذلك لانه غالبا ما يقتضى الأمر اللجوء عند الولادة الى العمليات الجراحية التى ليست على حدّ سواء لديه . وتساعد الجيئة بالمشيمة فى نشوء الأمراض التى تعود الى انتقال العدوى . وتعتبر خثرات الدم فى موضع انفصال المشيمة ، وسطا غذائيا جيدا للميكروبات ، التى تنفذ عن طريق المهبل ، ومما يساعد على نمو العدوى هو فقر الدم ، الذى يؤدى الى ضعف مقاومة الجسم .

ويلاحظ أحيانا نبت خمل المشيمة المتقدمة بصورة عميقة ، فيختل فى حالات كهذه سير دور الخلاص ، ويتأخر انفصال المشيمة ، ويشتد فقدان الدم .

ويحصل تقدم المشيمة او الجيئة بالمشيمة مرّة واحدة تقريبا فى كل ٥٠٠ — ٦٠٠ ولادة ، وفى الأغلب فان هذه الحالة المرضية تلاحظ عند متكررات الحمل ، واللاتى كانت لديهن أمراض التهابية فى الرحم بعد الاجهاضات والولادات . وتلاحظ جيئات مركز المشيمة ، بصورة أقل بكثير من جيئات جانب وطرف الخلاص .

الصورة المرضية . يعتبر النزف الدموى من الطرق الجنسية ، أهم علامة للجيئة بالمشيمة . فعند جيئة مركز المشيمة يبدأ النزف عادة خلال ٢ — ٣ أشهر أخيرة من الحمل، وعند الجيئة بجانب المشيمة — فى نهاية الحمل أو فى بداية الولادة، وعند الجيئة بالطرف — ففى الدور الأول من الولادة . وعند تثبت منخفض للمشيمة ، يبدأ النزف ايضا فى دور الانفتاح ولا يبلغ عادة درجة عالية .

يبدأ النزف فى أواخر الحمل عادة بصورة مفاجئة ، دون اية أسباب ظاهرة ، وأحيانا ليلا فى الفراش . والنزف بلا ألم ، وله أحيانا طبيعة افرازات دموية خفيفة مستمرة ، وتخرج أحيانا فى حين واحد كمية كبيرة الى حدّ معين من الدم السائل أوالمتخثر ،ومن ثم يتوقف النزف ليعود بعد مدّة غير معينة . ويستمر النزيف هذا بشكل نوبات حتى الولادة . ويصل النزف أحيانا درجة عالية ، حيث يقتضى اللجوء الى التوليد ، نتيجة للخطر على الحياة ، قبل الأوان .

ومع ظهور النشاط الولادى يشتد النزف ، عند الجيئة بمركز المشيمة ، فالدم أحمر فاتح اللون ، سائل ، واحيانا مع خثرات ، يفرز بدفعات كبيرة أو دون انقطاع ، ويمكن أن تفقد المرأة خلال وقت قصير كمية حوالى لتر واحد واكثر من الدم ، ويمكن أن تموت المرأة ، اذا لم تقدم المساعدة الطبية فى الحين ، نتيجة فقر الدم الحادّ . واذا بدأ النزف ، عند الجيئة بجانب المشيمة ، أثناء الحمل ، فانه أثناء الولادة ايضا يشتد وقد يأخذ طابع الخطورة . ويحصل النزف ، عند الجيئة بطرف المشيمة ، فى دور الانفتاح ولا تشكل عادة خطرا . ويتوقف ، بعد

تمزق كيس الجنين ، انفصال المشيمة ، فيهبط الرأس ، ويضغط على المشيمة ، ويتوقف عادة النزف .

ويعتبر فقر الدم ، الذى تتناسب درجته مع شدة النزيف الدموى من الطرق التناسلية ، عرضا بارزا بوضوح للجيئة بالمشيمة . فيظهر شحوب الوجه والاغشية المخاطية ، وتسرع النبض ، وعند النزف الشديد ينخفض الضغط الشريانى ، ويظهر الدوار ، والضجيج فى الآذان ، والغشاوة فى النظر ، ويمكن ان تموت المرأة اذا ما تأخرت المساعدة الطبية .

تحول الجيئة بالمشيمة دون هبوط الرأس فى الفلقة السفلى . نتيجة لذلك يكون الرأس حتى نهاية الحمل عاليا فوق مدخل الحوض او أن يميل الى هذه الجهة او تلك . وكثيرا ما يلاحظ ، عند الجيئة بالمشيمة ، تقدم الحوض ، والوضعيات المستعرضة والمائلة للجنين. وفى حالات كثيرة نسبيا تحل الولادة قبل الأوان ، وكثيرا ما ينشأ ضعف الولادة وتغير ضربات قلب الجنين .

تشخيص الجيئة بالمشيمة . ان اى نزف دموى فى الأشهر الأخيرة من الحمل وفى الدور الاول من الولادة هو موضع شك بالنسبة لجيئة بالمشيمة وان بدء النزف بصورة مفاجئة وبدون آلام يكون مرتبطا قبل كل شيء بهذه الحالة المرضية . وان وقوف الجزء المتقدم من الجنين عاليا فى حوض طبيعى ، يؤكد افتراض وجود الجيئة بالمشيمة .

ويجرى التأكد من التشخيص عند الفحص المهبلى . ويقوم بالفحص المهبلى طبيب فى المستشفى عند الالتزام الدقيق بقواعد التطهير ، والاهتمام الشديد ، فالفحص غير الحصيف يؤدى الى انفصال تال للمشيمة واشتداد النزف . فعند انفتاح العنق يحس خلف المزرد مباشرة نسيج المشيمة الرخو نوعا ما ، وعند الجيئة الجزئية تتعين بالقرب من نسيج المشيمة أغشية كيس الجنين . وليس هناك داع لدفع الاصبع خلف أطراف المزرد ، لان ذلك يساعد على ازدياد الانفصال واشتداد النزف .

ولغرض استبعاد المصادر الأخرى للنزف بصورة تامة (السرطان ، بوليب العنق ، تمزق العقدة الدوالية ، الكدمة) لا بد من فحص كل امرأة ، اصيبت بالنزيف بالمنظار .

وللتأكد من تشخيص الجيئة بالمشيمة تستعمل فى بعض المؤسسات طريقة تخطيط المثانة . فتحقن المثانة بمادة متباينة ، ويجرى القيام بالتخطيط بأشعة رونتجين وتقاس المسافة بين المثانة والرأس . فعند الجيئة بالمشيمة تزداد المسافة بين المثانة والرأس .

علاج الجيئة بالمشيمة . ان النزف الدموى فى النصف الثانى من الحمل يعتبر داعيا للدخول الالزامى والمستعجل للحامل الى المستشفى . ومن الضرورى ارسال الحامل مع قابلة

الى المستشفى حتى وان كانت الافرازات ضئيلة ومقطوعة . حيث قد يتجدد النزف فى أية لحظة ويأخذ طابع الخطورة .

فعند الجيئة بالمشيمة ، تنشأ ضرورة استعمال العمليات القبالية المختلفة واجراءات العلاج الأخرى . ففى كل حالة على انفراد ، يقتضى انتقاء أنسب طريقة للعلاج بالنسبة لهذه المرأة . وعند اختيار طريقة العلاج يؤخذ بالاعتبار : شدة فقدان الدم ودرجة فقر الدم ، درجة تهيؤ طرق الولادة للتوليد ، درجة تمام الجنين وحالته (حى ، مختنق الخ) . وتبعا للعلامات المذكورة يخصص للبعض العلاج غير الجراحى ، وللبعض الآخر — عملية مستعجلة الى حد العملية القيصرية .

فتعالج المصابة بالادوية أثناء الحمل ، وعندما يكون فقدان الدم ضئيلا ، لا يسبب فقر دم شديد . فيخصص فى حالات كهذه ملازمة الفراش بشدة ، تكرار نقل كمية غير كبيرة من الدم ، وحمية غنية بالفيتامينات . وتراقب بامعان الحالة الصحية للحامل ، المفرزات من الطرق التناسلية والنبض والضغط الشريانى ، ويجرى بصورة دورية تحليل الدم ، لكى لا يفلت اشتداد فقر الدم ، الذى كثيرا ما يلاحظ عند الافرازات الدموية غير الغزيرة ، لكنها لفترة طويلة .

ويجرى التوليد جراحيا ، عند استمرار النزيف الدموى وانخفاض كمية الهيموغلوبين والكريات الحمر ، ويتم اجراء التوليد الجراحى بصورة مستعجلة ، بدلائل حيوية ، اذا ما كان النزف غزيرا .

ويلجأ ، تبعا لشدة النزف ، وحالة المرأة ، ونوع جيئة المشيمة الخ ، الى إحدى العمليات الجراحية التالية :

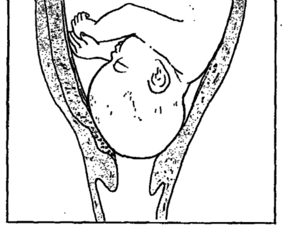
تمزيق أغشية الجنين . ينصح ، عند جيئة بطرف المشيمة ، ووضعية طولية للجنين وانفتاح للمزرد لـ ١ — ٢ أصابع ، فتح كيس الجنين . ويجوز فتح الأغشية عند جيئة بجانب المشيمة أيضا ، اذا لم يكن النزيف شديدا ولم تكن هناك دواع أخرى لانهاء الولادة بسرعة .

وينقطع انفصال المشيمة ، بعد تمزيق الأغشية ، ويضغط الرأس الهابط على المشيمة المتقدمة والأوعية النازفة (شكل ٣٣) ، فيتوقف النزف الدموى وتنتهى الولادة تلقائيا . وكثيرا ما يستخدم تمزيق الأغشية بمثابة اجراء تحضيرى للقيام بعمليات أخرى (توسيع عنق الرحم بكيس ، استعمال الملاقط على الرأس وغيرها) .

توسيع عنق الرحم بكيس . يجرى ، بعد فتح الأغشية ، ادخال بالون معقم كمثرى الشكل من المطاط — كيس لتوسيع عنق الرحم — فى باطن كيس الجنين . ويجرى ادخال الكيس

الموسع للعنق بصورة ملفوفة كالسيجار ، ومن ثم يتم سكب المحلول الفيزيولوجي المعقم عبره ويربط الى الانبوبة ثقل غير كبير (٢٠٠ — ٤٠٠ غرام) . فيحصر الكيس الموسع للعنق المملوء، بفعل الثقل، الجزء المنفصل من المشيمة الى الفلقة السفلى للرحم، ويضغط على الأوعية الدموية (شكل ٣٤) ويساعد على ايقاف النزف وفتح المزرد . وعندما يفتح المزرد بدرجة كافية ، يولد الكيس الموسع للعنق ، ومن ثم الجنين .

ويقتضي استعمال الكيس الموسع للعنق عادة عند جيئة جنب المشيمة (قلما يكون عند الجيئة بالطرف)، عندما لا يولد الرأس ، بعد تمزيق الأغشية ، بسرعة ويستمر فقدان الدم . ان حالة كهذه يمكن ان تنشأ عند ترافق جيئة المشيمة مع ضعف الولادة .

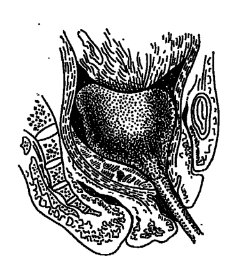

شكل ٣٣ . يهبط الرأس ، بعد تمزق الأغشية ، ويضغط على المشيمة المتقدمة والاوعية النازفة

استعمال الملاقط على جلد الرأس . اذا لم يهبط الرأس ، بعد تمزيق الأغشية ، عند جيئة الطرف والجنب ولم يتوقف النزيف يمكن استعمال الملاقط على جلد الرأس . وتلتقط بملاقط مصممة خصيصا ، ثنية الجلد على رأس الجنين ، ويعلق الى اليدة ثقل غير كبير (٢٠٠ — ٤٠٠غرام) ، يسحب الرأس الى مدخل الحوض . فيضغط الرأس الهابط المشيمة الى الفلقة السفلى للرحم والى جدران الحوض ، مما يساعد على ايقاف النزف . وترفع ، بعد تثبت الرأس وتوقف النزف الملاقط ويترك للولادة ان تأخذ مجراها الطبيعي .

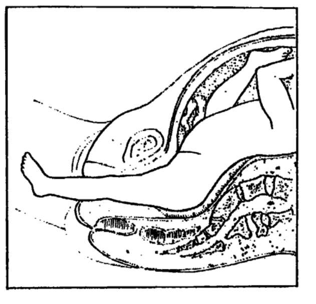
تدوير الجنين على القدم عند انفتاح المزرد بصورة غير تامة (حسب طريقة « بريكستون — هكس ») . كثيرا ما كان يجرى في السنوات الماضية عند جيئة المشيمة وانفتاح المزرد لـ ٢ — ٢$\frac{١}{٢}$ اصبع ، تدوير الجنين على القدم . فكان يتم اخراج القدم من الفرج حتى الركبة وتعليق ثقل غير كبير (٢٠٠ — ٤٠٠ غرام) عليها . فالنهاية الحوضية للجنين تحصر المشيمة الى الفلقة السفلى للرحم والى جدران الحوض وبذلك كان يتم وقف النزف الدموي (شكل ٣٥) . وقلما يستعمل في الوقت الحاضر عند انفتاح المزرد بصورة غير تامة، تدوير الجنين (عند موت الجنين ، عند وجود الجنين غير التميم ، عند انعدام الظروف للقيام بالعمليات الأخرى) ،

لأنه لصعوبته من الناحية التكنيكية فقد يؤدى الى ايذاء عنق الرحم ، وغالبا ما ينتهى بولادة الجنين ميتا .

ان تمزق عنق الرحم عند الجيئة بالمشيمة أمر ممكن حتى عند الجهد غير الكبير ، فمن الاوعية الممزقة يحدث نزيف دموى شديد ، قد يكون مميتا . ولهذا يجب ان يكون القلب باعتناء شديد ، وعدم سحب الجنين من القدم ، بأية حال من الأحوال ، واخراجها اكثر من مفصل



شكل ٣٤ . المشيمة المتقدمة مضغوطة بالكيس الموسع لعنق الرحم



شكل ٣٥ . المشيمة المتقدمة مضغوطة بالنهاية الحوضية للجنين (بعد الاستدارة على القدم عند انفتاح المزرد بصورة غير تامة)

الركبة ، ويمنع منعا باتا اخراج الجنين بشد القدم . ان خطأ كهذا يؤدى الى تمزق العنق وحدوث نزيف خطر .

العملية القيصرية . كثيرا ما تقتضى الجيئة بالمشيمة القيام بالعملية القيصرية . ويجرى القيام بهذه العملية بصورة مستعجلة عند النزف الدموى ، الذى يلاحظ عادة عند الجيئة بمركز المشيمة ، واحيانا عند جيئة جنب المشيمة .

وتجرى العملية القيصرية كذلك عند ترافق الجيئة بالمشيمة مع وضعية غير صحيحة للجنين ، لدى امرأة كبيرة فى السن تلد لاول مرّة ، وتصر على ولادة الطفل حيا .

ويجرى ، عند الجيئة بالمشيمة اثناء التوليد وبعده ، القيام بمكافحة فقر الدم (نقل الدم ، حقن المحلول الفيزيولوجى مع الجلوكوز تحت الجلد) ، واستعمال أدوية القلب وغيرها .

وكثيرا ما يختلط سير دور الخلاص عند الجيئة بالمشيمة. ويلاحظ تعوق انفصال المشيمة ، وذلك لان المشيمة تكون مثبتة الى الفلقة السفلى ، التى ليس لها القدرة على التقلص بصورة جيدة ، ويلاحظ أحيانا رسوخ المشيمة جزئيا . ان اختلال عملية انفصال المشيمة يسبب نزيفا دمويا إضافيا ، يمكن ان يكون خطرا على الحياة .

ولهذا ينبغى ، فى دور الخلاص ، الاهتمام الفائق بالحالة العامة ، النبض ، الضغط الدموى للماخض وكمية الدم التى تسيل من الطرق التناسلية . فعند وجود علامات فقر الدم وفقدان الدم الذى يزيد عن المعتاد ، يجب القيام ، بالفصل اليدوى للمشيمة فورا . ويجب بعد اخراج المشيمة معاينة عنق الرحم بواسطة المنظار ، وخياطته اذا كانت هنالك تمزقات فيه .

ومن الممكن ان تحدث فى دور النفاس أمراض تعود الى انتقال العدوى . ومما يساعد على ذلك هو قرب موقع المشيمة من المهبل وانخفاض مقاومة الجسم الذى يعود الى فقدان الدم. ولهذا فان النفساء تحتاج الى المراقبة الشديدة الخاصة والعناية . وتخصص عند الضرورة لها المقويات العامة ، وتكرار نقل الدم . ويتم علاج الأمراض الانتانية الأصل .

انفصال المشيمة المتوضعة بصورة طبيعية ، قبل الأوان

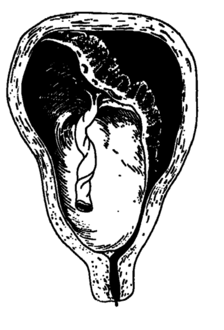
تبقى المشيمة ، عند سير الحمل والولادة بصورة طبيعية ، مثبتة الى جدار الفلقة العليا للرحم حتى الدور الثالث من الولادة . وهى تنفصل فقط بعد ولادة الجنين بالنظر لتقلص الرحم الشديد وهبوط الضغط داخل الرحم .

ويلاحظ ، فى بعض الاحوال المرضية ، انفصال المشيمة المتوضعة بصورة طبيعية قبل ميلاد الجنين (انفصال قبل الأوان) . ويحدث انفصال المشيمة قبل الأوان عادة فى دور الانفتاح ، ونادرا ما يلاحظ هذا الاختلاط فى الدور الثانى من الولادة واثناء الحمل .

الأسباب . يحدث انفصال المشيمة قبل الأوان قبل كل شىء نتيجة للأمراض التى تلاحظ فيها اختلالات فى جهاز الأوعية الدموية . ومن هذه الأمراض : التسمم الحملى المتأخر ، التهاب الكلية ، مرض ارتفاع ضغط الدم ، عيوب القلب ، نقص فيتامين C فى الجسم وغيرها .

ان التغيرات الحاصلة فى الاوعية الدموية للمشيمة ، الناتجة عن هذه الأمراض، تساعد على نشوء انسكاب الدم فى انسجة المشيمة . وتسبب انسكابات الدم بين جدار الرحم والمشيمة انفصال الأخيرة من مكان تثبتها .

ومما يهيء لانفصال المشيمة قبل الأوان هو التهاب الغشاء المخاطى للرحم (التهاب بطانة الرحم) الحادث قبل الحمل . ويمكن ان يحدث انفصال المشيمة نتيجة لانجرارها الى الاسفل عند قصر الحبل السرى (فى دور الطرد) او عند وجود أغشية سميكة وتأخر تمزق كيس الجنين (يجر الكيس المولود معه جميع الأغشية والمشيمة) . ويمكن ان يحدث انفصال المشيمة قبل الأوان عند التوأمين بعد ميلاد الجنين الأول . ومن الاسباب النادرة فى حدوث انفصال المشيمة قبل الأوان هو صدمة البطن .



شكل ٣٦ . انفصال المشيمة المتوضعة بصورة طبيعية قبل الأوان (نزيف دموى داخلى وخارجى)

الاختلالات التى تحدث عند انفصال المشيمة قبل الأوان . يكون انفصال المشيمة قبل الأوان كاملا (انفصال كل المشيمة) أو جزئيا . فالانفصال الجزئى للمشيمة على مدى غير كبير ، لا يسبب لجسم المرأة اختلالات خاصة . ويمكن للحمل ان يستمر الى نهايته ، اذا ما حدث الانفصال غير الكبير قبل الولادة . فيوضع تشخيص الانفصال الجزئى فى أحوال من هذا القبيل بعد ولادة المشيمة وتلاحظ على السطح الذى من جهة الأم للمشيمة ، خثرة قديمة من الدم .

ويتكون ، عند انفصال المشيمة الكامل أو الجزئى كبير الحجم ، ورم دموى ينمو بسرعة بين جدار الرحم والجزء المنفصل من المشيمة (شكل ٣٦) . ويساعد الورم الدموى المتزايد على الانفصال المطرد للمشيمة . ويتحدب جدار الرحم فى منطقة الورم الدموى . وبقدر ازدياد ونمو الورم الدموى ، ينفذ الدم بين طبقات عضلات الرحم ويتسرب حتى الغلاف المصلى للرحم . ويصحب انفصال المشيمة قبل الأوان ، نزيف داخلى (داخل الرحم) غير أنه بقدر تنامى الورم الدموى خلف المشيمة ، فان الدم يشق طريقه بين جدار الرحم والأغشية باتجاه قناة عنق الرحم . ولهذا يقترن ، عند انفصال المشيمة قبل الأوان ، بالنزيف الداخلى نزيف

خارجى . ولا يبلغ النزيف الخارجى درجة كبيرة ، حتى عند وجود ورم دموى كبير خلف المشيمة وفقر دم شديد لدى المرأة .

ويشكل الانفصال التام والجزئى الكبير للمشيمة خطرا كبيرا بالنسبة للمرأة والجنين . فالمرأة مهددة بالموت نتيجة فقر الدم والصدمة التى تعود الى التمطى الفائق للرحم ، وكثيرا ما يموت الجنين مختنقا . وتنشأ خطورة اختناق الجنين عند انفصال ثلث واحد من المشيمة وان انفصال نصف ، ولا سيما كل المشيمة يؤدى الى الموت السريع للجنين داخل الرحم .

وتتصف الصورة السريرية للانفصال التام أو الجزئى الكبير للمشيمة بمجموعة من الأعراض الشديدة .

١ ــ تشكو المرأة من ألم شديد دائم فى البطن ، الجلد والاغشية المخاطية شاحبة ، والنبض سريع ، لين ، والضغط الشريانى منخفض . ويمكن ان يحدث الدوار (الدوخة) وطنين فى الآذان والأعراض الأخرى لفقر الدم الحاد عند النزف الخارجى غير الكبير .

٢ ــ ان نمو الورم الدموى خلف المشيمة يؤدى الى ازدياد الضغط داخل الرحم وتمطى جدران الرحم . ولهذا يكبر الرحم ، ويصبح قوامه قاسيا (يمكن ان يكون كالخشب) ، وشكله بيضوى او غير منتظم . ويمكن ان يصبح الرحم ، عند الانفصال التام ، عديم التناسق نظرا لانتفاخ جداره فى منطقة الورم الدموى . والرحم مؤلم ، عند الجس ، بصورة شديدة .

٣ ــ بالنظر لتوتر الرحم الشديد فان اجزاء الجنين يجرى جسها بصعوبة أو أنها لا تجس ، وان ضربات قلب الجنين يتم اختلالها ، او أنها تنقطع تماما ، وتنعدم حركات الجنين .

٤ ــ يلاحظ اذا كانت المرأة فى حالة ولادة ، توتر كيس الجنين بشدة ليس اثناء تقلصات الرحم فقط ، بل وفى الفواصل بينها . وتولد المشيمة المنفصلة بعد طرد الجنين حالا ، وينسكب مع المشيمة من الطرق الجنسية مقدار كبير من الدم السائل والمتخثر . ان الرحم المتمطى يتقلص بصورة سيئة ، ولهذا فان فقدان الدم كثيرا ما يستمر فى الساعات الأولى من الولادة بالنظر لارتخاء الرحم . ويمكن أن يحدث النزف الدموى ، فى دور الخلاص والدور المبكر من النفاس ، بالنظر لاختلال تخثر الدم . ومما يساعد على ذلك هو نفوذ المواد ، التى تقلل من تخثر الدم ، الى الدورة الدموية من نسيج المشيمة .

العلاج . يتطلب ، عند انفصال المشيمة قبل الأوان ، تقديم المساعدة الطبية الماهرة المستعجلة .

ان علاج انفصال المشيمة قبل الأوان يعتمد على المبادئ الأساسية التالية : ١) التوليد السريع بعناية ، ٢) مكافحة فقر الدم الحاد والصدمة .

ويتوقف اختيار طريقة التوليد على درجة فقدان الدم وعلى الظروف التي تسمح باستعمال هذه العملية القبالية او تلك .

فاذا كان انفصال المشيمة قد تم أثناء الحمل أو فى أول بدء دور الانفتاح ، يجرى القيام بالعملية القيصرية ، وذلك لانعدام الظروف اللازمة هنا ، لاخراج الجنين بسرعة عن الطريق الطبيعى للولادة .

ويجب عند وجود انفتاح تام للمزرد شق كيس الجنين ، والقيام بقلب الجنين على القدم واخراجه بعد ذلك من طرق الولادة ، ويجرى بعد اخراج الجنين ، اخراج المشيمة فورا .

فاذا كان الرأس موجودا فى باطن الحوض والجنين حى ، يجرى انهاء الولادة عن طريق استعمال الملاقط القبالية ، ويتم عند موت الجنين ، ثقب الرأس واخراج الجنين بسرعة بالمشداخ .

ويجرى ، عند انفتاح المزرد بصورة غير تامة ، وفقدان كمية غير كبيرة من الدم ووجود حالة صحية مرضية للأم والجنين، شق كيس الجنين. ويمكن، بعد شق الكيس، توقف انفصال المشيمة التالى ومن الممكن أن تنتهى الولادة بصورة طبيعية . وينبغى اللجوء ، عند عدم وجود نشاط ولادى بدرجة كافية ، الى الكيس الموسع بغرض تحفيز تقلصات الرحم والتعجيل بالولادة .

ويجرى ، بالاضافة الى التوليد ، مكافحة فقدان الدم والصدمة . ولهذا الغرض يستخدم نقل الدم ، وحقن المحلول الفيزيولوجى مع الجلوكوز ، وأدوية القلب ، وتدفئة المرأة ، وتسقى المرأة بالشاى الثقيل او القهوة . وتراقب حالة المرأة باهتمام فى الساعات الاولى من الولادة وتراقب بدقة حالة الرحم وكمية الدم المفرز من المهبل ، وعند وجود نقص فى توتر الرحم (استرخاء) تتخذ الاجراءات التى تساعد على تقلص الرحم وايقاف النزف (أنظر الباب العاشر من الجزء الثانى) .

وعلى القابلة أن تكشف ، فى الوقت المناسب ، عن جميع الحوامل المصابات بأمراض تكون سببا لانفصال المشيمة قبل الأوان (التسمم الحملى المتأخر ، أمراض الكلى وغيرهما) وان تقوم بارسالهن الى الطبيب :

الباب السادس

شذوذ قوى الولادة . شذوذ الانسجة الليـنـــــة لطرق الولادة

شذوذ قوى الولادة (الطاردة)

كثيرا ما تلاحظ الاختلاطات فى مجرى الولادة التى تعود الى ضعف قوى الولادة . ويلاحظ بدرجة أقل النشاط الولادى المفرط فى الشدة . فهنالك ضعف قوى الولادة الأوّلى والثانوى .

فيمتاز ضعف قوى الولادة الأوّلى بأن تقلصات الرحم عنده تكون من أول بدء الولادة ضعيفة ، قصيرة ، غير فعالة ، والفواصل بين التقلصات عادة طويلة (فالتقلصات يمكن أن تكون كثيرة غير أنها ضعيفة) .

ويظهر ضعف قوى الولادة الثانوى بأن تقلصات الرحم تكون ، منذ أول بدء الولادة ، جيدة وتضعف فى النهاية نتيجة لاعياء المرأة الماخض واستنفاذ النشاط التقلصى للرحم .

ضعف قوى الولادة الأوّلى

يمكن ان يكون السبب فى ضعف تقلصات الرحم هو نقص الهورمونات الايستروجينية ، البيتوترين ، الاستيلكولين والمواد الأخرى التى تسبب وتضاعف النشاط التقلصى للرحم . ولانخفاض قابلية الرحم على التحفز ، نظرا لتغير وظيفة الجهاز العصبى ، دور مهم . ويلاحظ ضعف قوى الولادة الأولى عند المصابات بالامراض العامة المضنية ، واختلالات الغدد الصماء ، وعند الطفالة ، وعدم تركيب الاعضاء التناسلية بصورة صحيحة (رحم ذو قرنين ، رحم ذو قرن واحد) ، أورام الرحم العضلية والسمنة .

ويمكن ان تكون الاجهاضات وأمراض التهاب الأعضاء التناسلية فى السابق ، ايضا سببا فى ضعف تقلصات الرحم . وينشأ ضعف قوى الولادة الأوّلى بسبب تمطى الرحم عند استسقاء السلى والحمل المتعدد الاجنة. وغالبا ما يلاحظ ضعف قوى الولادة عند خروج المياه قبل الأوان،

نتيجة لعدم وجود كيس الجنين ، الذى يعتبر محفزا للعناصر العصبية الموجودة فى العنق ويساعد على اشتداد التقلصات .

ويمكن ان يتحول ضعف قوى الولادة الاولى الى الدور الثانى من الولادة (ضعف المخاض). ان مدّة استمرار الولادة تطول الى درجة كبيرة . وكثيرا ما تحصل أثناء الولادة وفى دور النفاس اختلاطات : كاختناق الجنين داخل الرحم ، نزف شديد فى دور الخلاص وفى الدور المبكر من فترة النفاس ، تأخر المشيمة أو اجزائها فى الرحم ، واذا كان ضعف قوى الولادة مصحوبا بخروج المياه قبل الأوان (المبكر) ، فكثيرا ما تصاب المرأة بعد الولادة بالتهاب بطانة الرحم وأمراض النفاس التى تعود الى انتشار العدوى النافذة الى الرحم .

ان علاج ضعف قوى الولادة الأوّلى ، مسألة معقدة . فمن الضرورى محاولة معرفة أسباب حدوث ضعف تقلصات الرحم ووفقا لذلك يتم اختيار طريقة العلاج .

ولسلامة كيس الجنين أهمية كبيرة عند اختيار طريقة التوليد . فما دامت المياه لم تخرج ، يجرى القيام بالعلاج الدوائى (غير الجراحى) . وعند خروج المياه كذلك يجرى القيام بالعلاج الدوائى (غير الجراحى) غير أنه كثيرا ما تنشأ ضرورة فى التوليد جراحيا .

وللاجراءات العامة أهمية كبيرة فى مكافحة ضعف قوى الولادة : كالتغذية الصحيحة (طعام سعرى ، شاى ، قهوة ، عصير فواكه) ، اخلاء المثانة فى الحين ، تنسيق وظيفة الامعاء ، التأثير النافع على نفسية المرأة الماخض (ابعاد الرعب والانفعالات السلبية الأخرى) . ويجرى السماح عند سلامة كيس الجنين بالقيام والمشى . ويلجأ اذا لم يشتد نشاط الولادة ، الى تحفيز النشاط التقلصى للرحم بالمستحضرات الطبية . وتضاعف الوسائل المحفزة عادة من تقلصات الرحم وتساعد على سير الولادة بصورة صحيحة . غير أنه كثيرا ما يبدأ ، بعد اشتداد النشاط الولادى ، اصابة الماخض بالاعياء وضعف التقلصات من جديد . ويترك للماخض ، فى حالات كهذه ، ان تستريح لبضع ساعات اذا لم توجد ضرورة لانهاء الولادة بسرعة .

وتحقن الماخض ، عندما تكون متعبة بدرجة كبيرة ، تحت الجلد بـ ١ مليلتر من محلول البروميدول المركز بنسبة ٢٪ أو ١ مليلتر من محلول البانتوبون المركز بنسبة ١٪ . وبعد جقن أحد هاتين المادتين تستريح الماخض بضع ساعات . وتساعد الاستراحة على تقوية قوى الولادة . وينصح ، عند ضعف تقلصات الرحم ، الذى يعود الى تمطى الرحم بصورة مفرطة (استسقاء ، ولادة متعددة الأجنة) ، بفتح كيس الجنين عندما يكون انفتاح المزرد فى حدود

٢ – ٣ أصابع . ويزول ، بعد خروج المياه ، تمطى الرحم عادة وتصبح جدرانه سميكة مما يساعد على اشتداد تقلصاته .

وطرق تحفيز النشاط الولادى مختلفة . وتستخدم عادة المخططات التالية .

المخطط I (« كوردينوفسكى – شتين ») . تسقى المرأة ٥٠ – ٦٠ غراما من زيت الخروع ، وبعد ساعتين يتم تنظيف الأمعاء بالحقنة . ويعطى بعد الحقنة ٠,٢ غرام من الكنين ٦ مرّات كل ٣٠ دقيقة . ويتم بعد ١٥ دقيقة من التناول ٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦ للكنين ، حقن ٠,٢٥ مليليتر من البيتوترين تحت الجلد ، والمجموع ٤ مرّات .

يمكن البدء بالتحفيز ، عندما يكون كيس الجنين سليما عند أول بدء الولادة ، من حقن ٤٠٠٠٠ – ٥٠٠٠٠ وحدة قياسية من الفوليكولين أو السينيسترول فى العضل . فالفوليكولين (والسينيسترول) يرفع من حساسية الرحم تجاه الكنين ، والبيتوترين والمواد الأخرى التى تسبب تقلص عضلات الرحم . ويعطى بعد ساعة من حقن الفوليكولين زيت الخروع ، ويجرى حقن المرأة عن طريق المستقيم وتخصص المقادير المذكورة أعلاه من الكينين والبيتوترين .

المخطط II (« أ . ب . نيكولايف ») . ٦٠ غراما من زيت الخروع عن طريق الفم ، بعد ساعة واحدة ٠,٢ غرام من الكنين ٥ مرّات كل ٣٠ دقيقة . وتوضع ، بعد الوجبة الخامسة من تناول الكنين ، حقنة للمستقيم ، ويحقن ، بعد الحقنة ، ٥٠ مليلتر من محلول الجلوكوز بتركيز ٤٠٪ و ١٠ مليلترات من محلول كلوريد الكالسيوم بتركيز ١٠٪ فى الوريد . ويحقن فى الوقت ذاته ٦٠ مليغرام من فيتامين B_1 فى العضل .

المخطط III (« ف . ن . خميليفسكى ») ، ويتألف من خليط : ٥٠ غرام من الجلوكوز ، غرامين من كلوريد الكالسيوم ، ٠,٥ غرام من حامض الاسكوربيك ، ٠,٠٣ غرام من فيتامين B_1 ، ١٠ قطرات من حامض كلور الماء المحلول ، ١٥٠ مليلتر من الماء – يعطى ذلك عن طريق الفم بوجبة واحدة . ويمكن اعادة ذلك بعد ٣ ساعات .

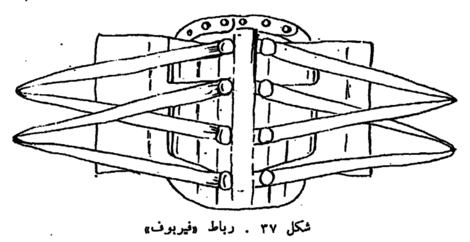
ويستعمل فى السنوات الأخيرة لتحفيز النشاط التقلصى للرحم الاوكسيتوسين والبروستاغلاندين.

ويحقن الأوكسيتوسين مع محلول الجلوكوز (٥ – ١٠ وحدات قياسية من الاوكسيتوسين فى ٥٠٠ مليلتر من الجلوكوز بتركيز ٥٪) بطريقة الحقن فى الوريد بالقطارة .

ويمكن استعمال البروزيرين سوية مع الاتروبين الهايدرو كلوريكى . فيعطى ٠,٠٠٣ غرام من البروزيرين و ٠,٠٠٢ غرام من الاتروبين فى مسحوق واحد، ويعاد اعطاؤه بعد ساعة واحدة لـ ٤ – ٥ مرّات فى اليوم ، الباخيكاربين (٣ – ٥ مليلترات من المحلول بتركيز ٣٪ فى العضل) ، والبروستاغلاندينات والأدوية الأخرى .

ضعف قوى الولادة الثانوى

ينشأ ضعف قوى الولادة الثانوى عادة فى دور الطرد أو فى نهاية دور الانفتاح بعد نشاط جيد أو مرضى للولادة . وأسباب نشوء ضعف قوى الولادة الثانوى مختلفة . فتنتسب اليها جميع العمليات الباثولوجية وخصائص نمو الجسم التىتسبب ضعف قوى الولادة الاولى (الأمراض العامة والأمراض النسائية ، الطفالة وغيرها) وكثيرا ما يلاحظ ضعف قوى الولادة الثانوى ، عند الولادات المطولة نتيجة لاعياء الماخض واستنفاذ قابلية الرحم على التقلص . وكثيرا ما تنشأ الولادات المطولة وضعف قوى الولادة الثانوى ، عند ضيق الحوض ، الجنين الضخم ، ووضعيات



شكل ٣٧ . رباط «فيربوف»

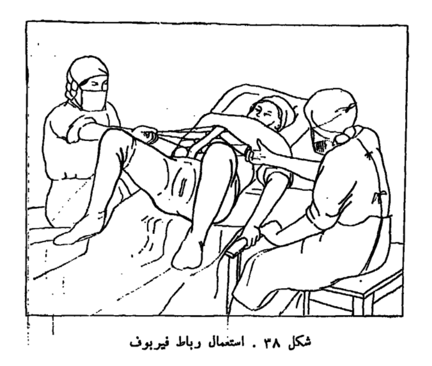
وجيئات الجنين غير الصحيحة ، والمزرد الصلب ، وضيق المهبل بسبب الندبات ، وتأخر تمزق كيس الجنين ، وقد ينشأ ضعف قوى الولادة الثانوى بصورة انعكاسية بسبب فيض امتلاء المثانة أو المستقيم .

وكثيرا ما يبدأ ضعف قوى الولادة الثانوى عند خروج المياه ، ولهذا فانه غالبا ما يكون مصحوبا بتسرب العدوى الى الرحم ويؤدى الى اختناق الجنين داخل الرحم . وتتعرض الانسجة اللينة لطرق الولادة ، والمثانة ، وقناة مجرى البول والمستقيم ، عند ضعف أو انقطاع نشاط الولادة ، للانضغاط الطويل بين الرأس وجدران الحوض . ويؤدى الحصر الطويل الى اختلال الدورة الدموية ، الذى قد يؤدى الى موت الانسجة مع تكون الناسور المثانى ـ المهبلى او ناسور المستقيم — المهبل فيما بعد .

وينبغى ، عند حدوث ضعف قوى الولادة الثانوى ، مراقبة حالة الماخض بصورة دقيقة (علامات العدوى ، انحصار الانسجة اللينة لطرق الولادة وغيرها) وحالة الجنين .

ويستعمل بصورة واسعة ، عند ضعف قوى الولادة الثانوى ، الكفاح ضد اختناق الجنين وتتخذ الاجراءات اللازمة لتقوية قوى الولادة .

فاذا كان السبب فى ضعف نشاط الولادة ، هو تأخر تمزق كيس الجنين فيجب شق الأغشية . وعند الانفتاح التام للمزرد ووقوف الرأس فى باطن أو فى مخرج الحوض ، يمكن الحقن تحت الجلد ١ مليلتر من البيتوترين أو ٠,٢٥ مليلتر من الاوكسيتوسين، التى تزيد من



شكل ٣٨ . استعمال رباط فيربوف

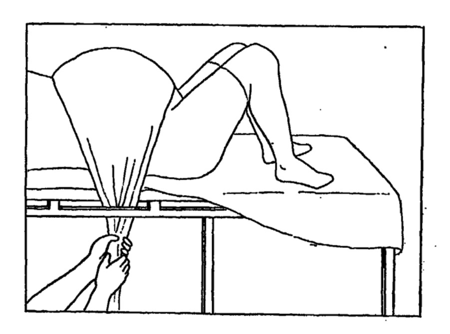
شدة النشاط الولادى بسرعة . غير أن هذه الادوية يجب أن تستعمل بحذر شديد ، وذلك لأنها تسبب أحيانا تقلصات شديدة فى الرحم ، وتؤدى الى اختناق الجنين. ولهذا يجب ان تكون موجودة عند استعمالها ، ملاقط قبالية ومقص للقيام بشق العجان . ولا يجوز استعمال الاوكسيتوسين والبيتوترين فى حالة عدم انفتاح المزرد بصورة تامة ، ووقوف الرأس عاليا ، وتمطى الفلقة السفلى فى الرحم ، فان اشتداد النشاط التقلصى بقوة ، يمكن ان يؤدى الى تمزق العنق أو الفلقة السفلية المسترقة للرحم .

وعند وقوف الرأس فى تجويف أو فى مخرج الحوض ، ووجود مانع لاستعمال البيتوترين (ارتفاع ضغط الدم الشريانى) يتم انهاء الولادة عن طريق استعمال الملاقط القبالية .

ويجرى القيام بشق العجان ، اذا طالت الولادة بسبب تصلب العجان . ويجب ، عند

وقوف الرأس عاليا وتمتع الأم والجنين بحالة صحية جيدة ، تحفيز النشاط الولادى : فيعطى الشاى المحلى ، والقهوة ، وعصير الفواكه ، ويجرى حقن ٥٠ مليلترا من الجلوكوز بتركيز ٤٠٪ ، ١٠ مليلترات من كلوريد الكالسيوم بتركيز ١٠٪ فى الوريد .

واذا كانت الماخض متعبة ولا يوجد ما يدعو للتعجيل بالتوليد ، فمن الضرورى منحها الراحة . فتوضع الماخض فى غرفة معزولة ، وتحقن بالبروميدول او البانتوبون . فيشتد النشاط الولادى ، بعد الاستراحة عادة ، وعند عدم وجود مفعول كاف يجرى تحفيز النشاط الولادى .



شكل ٣٩ . الاستعاضة عن رباط «فيربوف» بمنشفة عريضة

ولاخلاء المثانة والمستقيم فى الحين أهمية كبيرة فى ابعاد ضعف قوى الولادة .

ان ضعف المخاض وطول دور الطرد يعود أحيانا الى نقص الحزام البطنى . وان ارتخاء عضلات البطن ، والبطن المتهدل ، والسمنة ، وفتوق الخط الابيض للبطن وغيرها من عيوب جدار البطن يضعف المخاض . فينصح فى أحوال كهذه استعمال رباط فيربوف (شكل ٣٧) . ويوضع رباط فيربوف فى دور الطرد على بطن الماخض. وتجلس القابلة والممرضة من اليمين ومن اليسار وتقومان أثناء المخاض بشد الرباط ، وترخيان الرباط فى الفاصل (شكل ٣٨) . فبضغط البطن ، يخلق الرباط مسندا للرحم ، ويقوم بالتعويض عن القوة غير الكافية للحزام البطنى .

ويمكن استعمال الشرشف أو منشفة عريضة بدلا من رباط فيربوف (شكل ٣٩) .

٥*

ويتصف هذا الشذوذ فى النشاط الولادى بأن تقلصات الرحم تبدأ لا فى الفلقة العليا من الرحم بل فى الفلقة السفلى . وعلى الرغم من أن التقلصات منتظمة ومؤلمة، فان انفتاح المزرد يتم ببطء، ويتأخر زحف الجزء المتقدم. وان معرفة عدم تناسق قوى الولادة، وتمييزها عن ضعف نشاط الولادة يمكن عن طريق الأخذ بالحسبان المعلومات السريرية واستخدام الفحص الاشعاعى للرحم . ولا ينصح بتحفيز قوى الولادة . وتخصص الأدوية المهدئة (كالتريوكسازين) والأدوية المضادة للتشنج ، التى تساعد على انفتاح المزرد (٢ مليلتر من محلول الايستوتسين بتركيز ٢٪) ، وحقن الليداز او النوفوكائين فى عنق الرحم .

نشاط الولادة المفرط

يلاحظ نشاط الولادة المفرط ، بصورة أقل من ضعف قوى الولادة .

ان تقلصات الرحم الشديدة الكثيرة والمؤلمة تلاحظ أحيانا عند ارتفاع التحفز العصبى للماخض ، وعند مرض بزدوف واختلالات أخرى للغدد الصم. ويمكن ان ينشأ نشاط الولادة الشديد للغاية ، عند وجود عراقيل تحول دون طرد الجنين ، وضيق الحوض ، ووضعيات وجيئات غير صحيحة للجنين الخ . ويمكن ، فى حالات كهذه نتيجة لارتجاج نشاط الولادة ان يبدأ تمزق الرحم . ويبدأ فى عدة احوال بعد نشاط ولادى شديد للغاية ، ضعف قوى الولادة الثانوى .

وينتهى النشاط الولادى الشديد للغاية ، عند توافق أبعاد الرأس والحوض ، بالولادة الجامحة . وتستمر الولادة الجامحة ١ ــ ٣ ساعات ولهذا تحدث أحيانا خارج اطار دور التوليد (فى البيت او فى الطريق الى دار الولادة ، ما يسمى بولادة فى الطريق) .

ويلاحظ عند الولادة الجامحة ، المنتهية بدون مساعدة طبية ، اختناق الجنين ، الذى يحدث نتيجة لاختلال الدورة الدموية للمشيمة بفعل تقلصات الرحم التشنجية . ويمكن ان تحدث نتيجة لطرد الجنين بسرعة ، صدمة داخل جمجمة الجنين .

وتوضع الماخض ، عند وجود نشاط ولادى شديد للغاية ، على جنبها ، ويحقن تحت جلدها ١ مليلتر من محلول البانتوبون بتركيز ٢٪ او ١ مليلتر من محلول المورفين بتركيز ١٪ ، ويجرى القيام بالوقاية من اختناق الجنين . ويتم ، عند النشاط الولادى العاصف وظهور

علامات خطر تمزق الرحم (أنظر الباب الحادى عشر) التخدير العام بالأثير . وتجرى ، بعد الولادة ، المعاينة الدقيقة ليس للعجان فقط ، بل للمهبل وعنق الرحم أيضا لكى يتم اكتشاف التمزقات المتوقعة وخياطتها فى الحين .

شذوذ الانسجة اللينة لطرق الولادة

يجرى أحيانا اختلال مجرى الولادة بالنظر للتغيرات الحاصلة فى عنق الرحم ، المهبل والعجان . ويمكن ان تكون التغيرات الندبية الكثيرة للعنق والمهبل عقبة فى طريق الولادة .

تغيرات عنق الرحم . كثيرا ما تحصل ، بعد الولادة خاصة الباثولوجية (الجراحية) ، تمزقات فى عنق الرحم . فتتكون عند التئام التمزقات غير المخاطة الندبات ، التى يمكن ان تخل بعملية انفتاح العنق عند الولادة اللاحقة . كما وتتكون الندبات بعد الكى والعمليات التقويمية على العنق . فيتباطأ عند وجود الندبات انفتاح العنق ، وتشتد آلام وكثرة تكرار التقلصات . ويجرى انفتاح المزرد عند عدم بروز التغيرات الندبية بشدة بصورة تلقائية لكنها بطيئة . ان الضيق الندبى الشديد يحول دون الانفتاح التام ، ولهذا يتطلب شق المزرد . ويجرى بعد الولادة رفو الشقوق .

تصلب عنق الرحم . من غير النادر أن يلاحظ التصلب خاصة لدى المسنات اللاتى يحملن لأول مرّة ، ويشاهد التصلب أحيانا لدى النساء المصابات فى السابق بأمراض التهابية فى العنق.

ان تصلب (فقدان المطاطية ، الاستعصاء) العنق يعرقل عملية انفتاح العنق ويبطئ ، وأحيانا يخرق مجرى الولادة . وتصبح التقلصات نتيجة لصعوبة انفتاح العنق ، كثيرة ومؤلمة . فيجرى الانفتاح بصورة بطيئة جدا ، فاطراف المزرد سميكة ، ويجرى بصعوبة تمطيتها بالاصابع المولجة .

ويجرى ، عند تصلب المزرد ، توسيعه بالأصبع ، وفى حالة خروج المياه يمكن ادخال الكيس الموسع فى الرحم . ويتطلب الأمر فى حالة الاستعصاء الشديد القيام بشق جانبى لحاشية المزرد .

وتتوقف متانة حاشية المزرد واستعصاؤها أحيانا على الحالة التشنجية لعضلات عنق الرحم الدائرية . وفى أحوال كهذه فان ادخال تحميلة مخدرة من ٠٫٠٢ غرام من البيلادونا (ست الحسن) أو ٠٫٠١٥ غرام من البانتوبون عن طريق الشرج يؤثر بصورة حميدة .

ان تشنج المزرد يتم ازالته بنجاح عن طريق حقن ٠,٥٪ من محلول النوفوكائين فى عنق الرحم . ويحقن المحلول فى سمك عنق الرحم ، فى ٥ ــ ٦ اماكن حول المزرد ، والمقدار العام من المحلول هو ٥٠ ــ ٦٠ مليلترا .

تغيرات المهبل والعجان . تشاهد احيانا فى المهبل حواجز خلقية وندبات ، تضيق تجويفه بهذه الدرجة او تلك . وأسباب تكوّن الندبات مختلفة : التهاب المهبل الخناقى ، فى دور الطفولة ، الاصابات والحروق العفوية .

ان الحواجز والندبات غير الكبيرة تتمطى أثناء الولادة ولا تعرقل طرد الجنين والمشيمة . اما عند ضيق المهبل بالندبات بدرجة كبيرة فينبغى انهاء الولادة عن طريق العملية القيصرية . ويجرى قطع الحواجز التى تعرقل طرد الجنين .

ومما يعرقل تقدم رأس الجنين ، هو تصلب العجان ، الذى كثيرا ما يلاحظ لدى المسنات اللاتى يلدن لأول مرّة .

ان الأنسجة المتينة للعجان تتمطى بصورة سيئة وتخلق عقبة تحول دون عبور الرأس ، فتتباطأ الولادة ، وقد تلاحظ علامات اختناق الجنين . وان أنسجة العجان ، التى تكون قد فقدت مطاطيتها وقابليتها على الشد ، تكون عرضة للتمزق بصورة أسهل . فاذا كان العجان الصلب يبطئ طرد الجنين ، فمن الملائم القيام بشق العجان . وان شق العجان يقتضى القيام به عند ظهور علامات خطر تمزق العجان وعند اضطراب ضربات قلب الجنين .

الباب السابع

الوضعيات المستعرضة والمائلة للجنين . سقوط الاجزاء الصغيرة والحبل السرى

الوضعيات المستعرضة والمائلة للجنين

الوضع المستعرض هو الوضع الذى يكون فيه محور الجنين مع المحور الطولى للرحم زاوية قائمة (أو تقريبا قائمة) . ويتقاطع ، عند الوضع المائل محور الجنين مع محور الرحم فى زاوية حادة . وتتحدد مواقع الجنين ، عند الوضعيات المتسعرضة والمائلة ، حسب موقع الرأس : فاذا كان الرأس متجها الى اليسار — كان ذلك الموقع الأول (شكل ٤٠) ، واذا كان الى اليمين — كان ذلك الثانى (شكل ٤١) . ويتحدد النوع حسب موقع ظهر الجنين . فعند النوع الامامى للوضع المستعرض (المائل) يكون الظهر متجها الى الأمام (أنظر شكل ٤٠) ، وعند النوع الخلفى — الى الخلف (أنظر شكل ٤١) .

وتسمى الوضعيات المستعرضة والمائلة للجنين بالوضعيات غير الصحيحة ، لأنه عند عدم تطابق محور الجنين مع محور الرحم والحوض ، فان الولادة غير ممكنة بدون تقديم المساعدة الطبية للأم ، وان حياة الجنين تكون مهددة بخطر الموت .

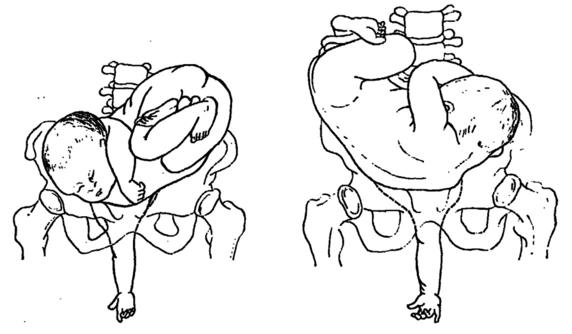
وان أسباب الوضع المستعرض (المائل) للجنين مختلفة .

١ . ان ما يساعد على حدوث الوضع المستعرض (المائل) للجنين هو جميع الظروف التى يسهل فيها تحرك الجنين فى جوف الرحم . ومن هذه الظروف الاستسقاء ، ارتخاء جدار البطن ، الحمل متعدد الأجنة ، خاصة عند ترافقه مع الاستسقاء .

٢ . يمكن ان ينشأ الوضع المستعرض (المائل) للجنين عند ضيق الحوض ، الجيئة بالمشيمة فى الفلقة السفلى من الرحم والشروط الأخرى التى تعرقل هبوط الرأس فى الفلقة السفلى للرحم والتصاقه بمدخل الحوض .

٣ . ان الشكل غير المنتظم للرحم ، كالرحم سرجى الشكل ، ايضا يمكن ان يكون سببا للوضع المستعرض .

ان تشخيص الوضع المستعرض (المائل) للجنين لا يشكل فى معظم الأحوال صعوبات ملحوظة . ومما يلفت الانتباه عند المعاينة هو شكل الرحم ، فهو ليس بيضويا ، بل ممتد عرضا أو باتجاه مائل . وان قعر الرحم يقف اخفض مما هو عليه عند الوضع الطولى للجنين . ويتضح ، عند الجس بأن الرأس والنهاية الحوضية من الجنين يقعان فى الاقسام الجنبية من الرحم (الرأس من اليسار ، الاليتان من اليمين او بالعكس) ، وان القسم المتقدم من الجنين لا يجس فوق



شكل ٤٠ . الوضع العرضى ، الموقع الاول ، النوع الأمامى

شكل ٤١ . الوضع العرضى ، الموقع الثانى ، النوع الخلفى

مدخل الحوض . وان ضربات قلب الجنين تسمع بصورة أوضح على مستوى السرة ، بالقرب من الجهة التى يقع فيها الرأس .

ان الفحص المهبلى ، أثناء الحمل وفى أول بدء الولادة لا يعطى معلومات دقيقة ، تدل على الوضع المستعرض . ولهذا يقتضى الأمر ، عند وجود صعوبة فى تشخيص الوضع المستعرض (معلومات غير واضحة من الجس عند الاستسقاء وغيرها) ، اللجوء الى التصوير بأشعة رونتجن . ويعتبر الفحص المهبلى طريقة قيمة لمعرفة الاوضاع المستعرضة (المائلة) أثناء الولادة بعد شق كيس الجنين . فعبر المزرد يتسنى جس كتف الجنين ، الاضلاع ، والترقوة (عند النوع الخلفى) أو لوح الكتف والتنوءات الشوكية للفقرات (عند النوع الأمامى) .

وكثيرا ما تقع فى المهبل ، عند الأوضاع المستعرضة (المائلة) اليد ، وأحيانا حلقة من الحبل السرى. ومن السهل عند وقوع اليد تحسس الإبط. وبواسطة الابط يمكن الاستنتاج الى أين يكون الرأس متجها ، أى معرفة الموقع . فيقع الرأس فى تلك الجهة ، التى يطبق فيها الابط . فاذا كان الابط مغلقا فى اليسار ، كان الموقع الاول (الرأس من اليسار) وبالعكس .

فمن الضرورى ضبط ماذا وقع فى المهبل : يد أم قدم . ومما يميز القدم: صابونة الركبة وحدبة العظم العقبى ، فالاصابع على القدم متساوية فى الطول تقريبا ، والاصبع الكبير لا يمكن تحويله الى جانب . وان كف اليد يتحول الى الساعد بدون بروز ، والاصابع هنا أطول من أصابع القدم ، والابهام قابل للتحول الى جنب وينثنى الى الراحة . ويجب تحديد أية يد سقطت : اليمنى أم اليسرى . ولهذا الغرض ينبغى « المصافحة » ذهنيا مع اليد الساقطة ، فاذا تسنى ذلك ، فان اليد الساقطة هى اليمنى ، واذا تعذر ذلك — كانت اليد يسرى . وهنالك طريقة أخرى لتحديد اليد اليمنى واليسرى . ويجرى ادارة راحة اليد الساقطة الى أعلى وعلى ضوء اتجاه الابهام يتقرر أية يد هذه : فاذا كان الابهام متجها الى اليمين ، كانت اليد الساقطة هى اليمنى ، واذا كان الى اليسار — فاليسرى . فاكتشاف الموقع وتحديد أى يد وقعت (اليمنى أم اليسرى) يسهل تحديد نوع الموقع .

ان وقوع اليد اليمنى ، عند الموقع الاول ، يشير الى النوع الأمامى ، واليسرى — الى الخلفى . وان وقوع اليد اليمنى ، عند الموقع الثانى ، يدل على النوع الخلفى ، واليسرى — على الأمامى .

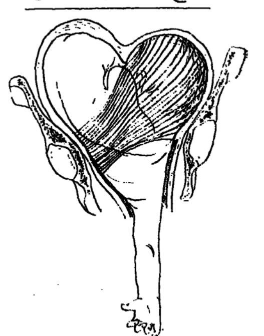
ان سير الولادة عند الوضع المستعرض (المائل) هو مرضى . وفى حالات استثنائية نادرة فقط يتحول الجنين فى بداية الولادة من الوضع المائل أو المستعرض الى الطولى (الانقلاب التلقائى) . وتبقى الاوضاع المستعرضة (المائلة) أثناء الولادة عادة ، وتنشأ نتيجة لذلك اختلاطات خطرة بالنسبة للأم والجنين .

ولا يوجد ، عند الاوضاع المستعرضة (المائلة) ، جزء متقدم للجنين ، فالمياه الأمامية والخلفية غير مفصولة بعضها عن البعض ، وان جميع المياة تسعى ، عند تقلصات الرحم ، الى القطب السفلى من البيضة ، مما يؤدى الى تمزق كيس الجنين فى وقت مبكر . وتنسكب عادة جميع المياه او تقريبا جميعها ، وتسقط مع المياه اليد ، وأحيانا حلقة من الحبل السرى .

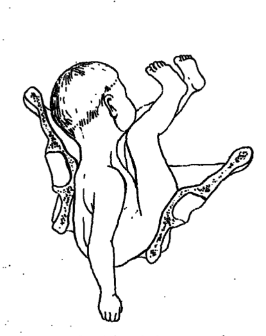
ويتقلص الرحم بعد خروج المياه ويحتضن الجنين الذى يصبح عديم الحركة ، ويمكن نتيجة للتقلصات الشديدة لعضلات الرحم ان تنشأ اختلالات فى الدورة الدموية للمشيمة واختناق الجنين .

فيهبط ، بفعل قوى الولادة ، الجنين الواقع بصورة مستعرضة فى الفلقة السفلى للرحم، التى تصبح جدرانها رقيقة ، فينثنى العمود الفقرى للجنين ، خاصة فى منطقة الرقبة ، فينغرس الكتف فى الحوض (شكل ٤٢) ، ويتم استسقاء اليد الساقطة وازرقاقها .

ويعتبر عدم تحرك الجنين ، واختراق الكتف للحوض ، وتورم اليد الساقطة وازرقاقها ، من أعراض الوضع المستعرض المستعصى .



شكل ٤٢ . الوضع العرضى المستعصى (توسع الفلقة السفلية للرحم بشدة)



شكل ٤٣ . التملص الذاتى للجنين

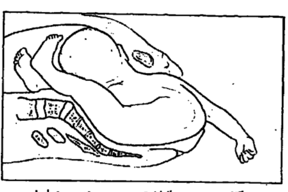
ان الوضع المستعرض المهمل يعتبر اختلاطا خطرا ، وبدون تقديم المساعدة اللازمة فى الحين يصاب الرحم بالتمزق وتكون نتيجته موت الأم والجنين .

وقلما يحدث عند الوضع المستعرض المهمل ضعف قوى الولادة الثانوى مع نشوء عدوى تسممية فيما بعد .

ويمكن ، فى حالات استثنائية ، أن يولد الجنين الخديج الميت العطين فى وضع مستعرض عن طريق التملص التلقائى (شكل ٤٣) . ويخترق كتف الجنين ، السهل الانضغاط الحوض ويخرج من تحت القوس العانى ، فينثنى العمود الفقرى بشدة ويمر بمحاذاة الكتف وبعد ذلك عبر الحوض الجذع ، الأليتان والقدمان ، بعد ذلك يولد الكتف الثانى والرأس .

كما ويلاحظ بصورة نادرة للغاية ولادة الجنين المخدوج الميت المنحنى (ولادة بجذع منحن ، شكل ٤٤) ، ويتثنى ، بعد ولادة الكتف المغروس جذع الجنين المخدوج الميت ، بشدة فى المنطقة الصدرية ، ويلتصق الرأس بالبطن وبهذه الحالة يجتاز الجنين طرق الولادة .

قيادة الحمل والتوليد . ان الوضع المستعرض (المائل) للجنين ، المكتشف فى وقت مبكر نسبيا (فى الشهر VII — VIII) يمكن أن يتحول تلقائيا الى الوضع الطولى . ومما يساعد على انقلاب الجنين من الوضع المائل الى الوضع الطولى هو استلقاء المرأة على الجنب الذى يقع فيه الجزء الضخم الواقع تحت (الرأس ، الاليتان) . فمثلا ، لو أن الرأس يقع فى المنطقة الحرقفية اليسرى ، تنصح الحامل بأن تضطجع على الجنب الأيسر . فعند ذلك يتميل قعر الرحم والنهاية الحوضية الى اليسار ، أما الرأس — فالى اليمين ، الى مدخل الحوض ، ويمكن ان يتحول الوضع المائل الى وضع طولى. وينصح اذا كان الرأس فى المنطقة الحرقفية اليمنى ، بالاضطجاع على الجانب الأيمن . واذا كانت ، عند الوضع المائل اليتا الجنين تحت ، فمن الافضل القلب على النهاية الحوضية . ويتم أحيانا الانقلاب الى الوضع الطولى نتيجة لتمارين خاصة (الاستلقاء لمدة ١٠ دقائق على الجنب الايمن والايسر بالتناوب خلال ساعة واحدة ٣ — ٤ مرّات فى اليوم) .



شكل ٤٤ . الولادة بجسم مثنى مضاعف

ترسل المرأة اذا استمر الوضع غير الصحيح للجنين فى الاسبوع ٣٥ — ٣٦ من الحمل الى قسم التوليد فى مستشفى المنطقة أو دار توليد المدينة ، حيث تبقى الى حين الولادة . ويستطيع الطبيب فى دار التوليد القيام بمحاولة لقلب الجنين من الوضع المستعرض (المائل) الى وضعه الطولى بطرق خارجية .

وعند عدم نجاح القلب الخارجى أثناء الولادة يجرى القيام بالقلب الداخلى مع اخراج الجنين فيما بعد . ويجرى القيام بالقلب الداخلى حينما يكون المزرد مفتوحا تماما ولم تخرج المياه بعد (يتمزق كيس الجنين أثناء القلب) او مباشرة بعد انسكاب المياه . ولهذا فمن المهم للغاية ، أثناء الولادة ، المحافظة على سلامة كيس الجنين حتى نهاية دور الانفتاح . فلا يسمح

للماخض بالنهوض من الفراش ، وتنصح بأن تستلقى على ذلك الجنب ، الذى يقع من جهته الرأس أو النهاية الحوضية، اذا كانت أقرب من مدخل الحوض. ويمكن تجنب الخروج المبكر للمياه وذلك بادخال بالون من المطاط — موسع المهبل .

ويتم حالما ينتهى الانفتاح تمزيق الأغشية ويجرى القلب والاخراج .

ويتم القيام ، عند خروج المياه تلقائيا ، بالفحص المهبلى حالا ، فعند الانفتاح الكامل يتم القيام حالا بقلب الجنين وانتشاله ، وعندما يكون الانفتاح غير كامل يولج فى الرحم موسّع الرحم الذى يساعد على الاحتفاظ ببقايا المياه ويعجل بانفتاح المزرد .

وسرعان ما يتم القيام ، فى عدد من الحالات عند ترافق الوضعية العرضية أو المائلة للجنين مع حالة مرضية أخرى (ضيق الحوض ، مسنة تلد لأول مرة) ، بعد بدء النشاط الولادى بالعملية القيصرية .

وغالبا ما يموت الجنين عند الوضع المستعرض المهمل فيلجأ فى أحوال كهذه الى العمليات المفتتة للجنين ، فاذا كان الجنين لا يزال حيا ولا توجد هنالك موانع للقيام بفتح البطن (عدوى) ، يمكن اجراء العملية القيصرية . ويمنع عند الوضع العرضى المستعصى القيام بقلب الجنين لان ذلك يؤدى الى تمزق الرحم . ان تمزق الرحم ممكن الوقوع حتى عند المحاولة لقلب الجنين .

ويجب أن تجرى الولادة، عند الوضع المستعرض والمائل بوصفها حالة مرضية شديدة فى المستشفى حيث يعمل طبيب. فاذا لم ترسل المرأة لسبب ما الى المستشفى فى الحين، فترسل فى بداية الولادة بوسيلة نقل مريحة وبرفقة قابلة الى دار التوليد .

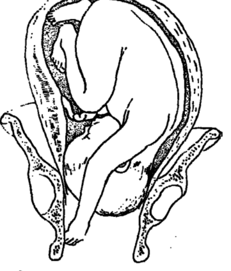
وتقوم القابلة ، عند الوضع المستعرض المستعصى بحقن الماخض بـ ٠,٠١ غرام من المورفين او بـ ٠,٠٢ غرام من البانتوبون واستدعاء الطبيب حالا . ولا يجرى القيام بتجبير اليد الساقطة لأنها ستقع بعد تجبيرها من جديد . عدا ذلك فان محاولة التجبير ، عند الوضع المستعرض المستعصى قد تؤدى الى تمزق الرحم .

سقوط الاجزاء الصغيرة والحبل السرى

يميز بين تقدم وبين سقوط الاجزاء الصغيرة للجنين (اليد ، القدم) والحبل السرى . فما دام كيس الجنين سليما ويتحدد بجنب الجزء المتقدم (أو تحته) من خلال الأغشية ، جزء صغير من الجنين أو حبله السرى ، يقال إن هذه الأجزاء متقدمة .

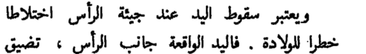
ان وقوع الحبل السرى والاجزاء الصغيرة بعد خروج المياه ، دون الجزء الضخم المتقدم يسمى بالسقوط .

واكثر ما يحدث سقوط اليد عند الوضع المستعرض (المائل) ، غير أنه يصادف أن يحدث كذلك عند الوضع الطولى (شكل ٤٥). ويحدث سقوط اليد، عند تقدم الرأس، حينما يكون هناك فراغ واسع بين الرأس والحوض . ولهذا يلاحظ هذا الاختلاط فى حالة الجنين المخدوج ، التوأمين (رأس صغير) ، الحوض المفلطح ، الاستسقاء (وضع الرأس عاليا فى لحظة خروج المياه) .



شكل ٤٥ . سقوط اليد عند جيئة بالرأس

وليس لسقوط اليد ، عند الوضع المستعرض أهمية مرضية مستقلة . فعند عملية قلب الجنين على قدمه فان يده تتوغل فى الطرق التناسلية من تلقاء ذاتها أثناء القلب . وتستعمل اليد، عند عملية تفتيت الجنين ، حينما يكون الوضع المستعرض مستعصيا ، كمقبض لسحب الجنين الى أسفل ولانتشال الجذع (عند الاقتصال) .



ويعتبر سقوط اليد عند جيئة الرأس اختلاطا خطرا للولادة . فاليد الواقعة جانب الرأس ، تضيق فراغ الحوض وتعرقل تقدم الرأس ، ويصبح طرد الجنين ، نتيجة لذلك ، صعبا أو حتى مستحيلا . وتنتهى الولادة بسلامة ، فقط اذا ما كان الرأس غير كبير (جنين مخدوج ، توائم) أو لم تسقط اليد كلها بل الكف فقط . وتنشأ ، عند سقوط اليد كلها اختلاطات مختلفة : ازدياد طول دور الطرد ، التهاب بطانة الرحم اثناء الولادة ، اختناق الجنين ، وكثيرا ما ينشأ ضعف قوى الولادة الثانوى أو تبدأ تقلصات تشنجية فى الرحم ، انحصار الأنسجة اللينة ، لطرق الولادة ، ومن المحتمل تمزق الرحم .

ويكتشف تقدم وسقوط اليد عند الفحص المهبلى (يتم تحسس اليد المتقدمة من خلال الأغشية) . وتوضع الماخض ، عند جيئة اليد ، على الجنب المقابل لليد المتقدمة ، عند ذلك يتحول قعر الرحم مع اليتى الجنين الى تلك الجهة، أما اليد المتقدمة فترتفع الى أعلى. ويدخل الرأس بعد خروج المياه الحوض وتزول الظروف التى تساعد على سقوط اليد .

ويكون الاستلقاء على الجانب ، عند سقوط اليد ، بدون فائدة . فاذا كان الرأس متحركا ، تجرى ازاحته بحذر الى أعلى ويتم تثبيت اليد خلفه . واذا لم يتسن تثبيت اليد أو أنها تسقط من جديد ، فيجرى ، عند خروج المياه تّوا ووجود جنين متحرك ، قلب الجنين على قدمه ، وفى عدد من الحالات ــ العملية القيصرية .

ويجرى الانتظار للقيام بالتوليد ، عند هبوط الرأس فى تجويف الحوض ، فاذا بدأت مضاعفات (اختناق الجنين ، ضعف قوى الولادة الثانوى) يتم انهاء الولادة عن طريق استعمال الملاقط القبالية .

وكثيرا ما يلاحظ سقوط الحبل السرى عند الوضعيات المستعرضة (المائلة) للجنين عندما تكون الفلقة السفلى للرحم غير مشغولة بالجزء المتقدم . ويمكن ان يسقط الحبل السرى عند الوضع الطولى ايضا ، اذا لم يملأ الجزء المتقدم مدخل الحوض (شكل ٤٦) . ولهذا فان هذا الاختلاط يوجد عند ضيق الحوض ، وعند الجيئات الاعتدالية ، حينما يبقى الرأس لمدة طويلة غير مركب فى مدخل الحوض ، عند التوأمين (رأس غير كبير) ، وكذلك عند جيئات الحوض . ويمكن ، عند الاستسقاء ، ان تفلت من جنب الجزء المتقدم حلقة من الحبل السرى مع المياه التى تنسكب تحت الضغط . ومما يساعد على سقوط الحبل السرى هو الطول المفرط له .

شكل ٤٦ . سقوط الحبل السرى

وتنحصر حلقة الحبل السرى الساقطة بسهولة ، ولهذا فانها لا تعرقل مرور الجزء المتقدم عبر قناة الولادة . غير أن هذا الاختلاط للولادة يشكل خطرا جسيما للغاية على الجنين . فينحصر عادة الحبل السرى الساقط ، بين الجزء المتقدم وجدار الحوض ، وتختل الدورة الدموية للجنين الذى يموت ، اذا لم تقدم المساعدة اللازمة .

ويمكن تجنب موت الجنين عند اكتشاف سقوط الحبل السرى فى الحين والانتقاء الصحيح لطريقة التوليد .

ويجرى سقوط الحبل السرى عادة أثناء خروج المياه ، ولتشخيص هذا الاختلاط فى الحين ، من الضرورى القيام بالفحص المهبلى بعد خروج المياه مباشرة . هذا ضرورى خاصة عند وجود ظروف تساعد على سقوط الحبل السرى (وضع مستعرض ، حوض ضيق ، استسقاء وغيرها) .

ويجب فحص حلقة الحبل السرى الساقطة فى المهبل بحذر شديد ، لان اثارة أوعية الحبل السرى تؤدى الى تقلصها وضيق الدورة الدموية للجنين . فاذا كانت أوعية الحبل السرى تنبض ، كان الجنين حيا ، اما انعدام النبض ليس أثناء تقلصات الرحم فقط ، بل وفى الفاصل بينها أيضا فيشير الى موت الجنين .

واذا تسنى وضع تشخيص جيئة الحبل السرى (الجس ، الفحص المنظارى للامنيون) توضع الماخض على جنبها المقابل للحبل السرى المتقدم . فعند وضع كهذا يمكن لحلقة الحبل السرى ان تبتعد الى أعلى ، فيهبط ، بعد خروج المياه ، الرأس ويملأ مدخل الحوض .

ان سقوط الحبل السرى ووجود جنين حى يحتم تقديم المساعدة العاجلة . ويجرى القيام ، عند الوضع المستعرض ، والانفتاح التام للمزرد وتحرك الجنين ، بقلب الجنين على القدم ومن بعد انتشاله . واذا كان الحبل السرى قد سقط والرأس متحرك ، وتم قبل قليل خروج المياه ، وكان انفتاح المزرد كاملا ، كذلك يقتضى الأمر القيام بقلب وانتشال الجنين . وتنتهى الولادة عند جيئة الحوض وانفتاح المزرد بصورة تامة ، بانتشال الجنين من قدمه أو من ثنية المغبن ، اذا ما ظهرت أعراض اختناق الجنين . وعند هبوط أليتي أو قدمى الجنين غير كبير الحجم فى الحوض فان انحصار الحبل السرى لا يتم دائما ، ففى أحوال كهذه يجرى مراقبة الولادة بانتظار ، وتتم المراقبة الدقيقة لضربات قلب الجنين. وتستعمل عند وقوف الرأس فى تجويف الحوض (الولادة بجيئة الرأس) ، والجنين حى (الحلقة الواقعة من الحبل السرى تنبض) الملاقط حالا .

وتجرى ، عند الانفتاح غير التام ، محاولة اعادة حلقة الحبل السرى الى مكانها وادخال موسع الرحم او اللجوء الى العملية القيصرية .

وتتم الولادة عند جيئة وسقوط الحبل السرى تحت اشراف طبيب لانه فى معظم الحالات يقتضى الأمر القيام بالعمليات القبالية .

ومن بين جميع طرق التوليد ، التى يلجأ الى استعمالها ، عند سقوط الحبل السرى ، تستطيع القابلة عند غياب الطبيب القيام بقلب الجنين وانتزاعه .

الباب الثامن

الانحراف عن الآلية الطبيعية للولادة

تعتبر آلية الولادة ، عند النوع الأمامي للجيئة بالقذال ، طبيعية ، حينما ينحنى الرأس ويجتاز الحوض بأصغر بعد له (المائل الصغير) .

ان الولادة عند النوع الخلفى للجيئة بالقذال كذلك تنتمى الى الصنف المنحنى وهى عبارة عن نوع من الآلية الرئيسية للولادة .

وكثيرا ما تلاحظ انحرافات عن الآلية الرئيسية للولادة ، تعقد مجرى الولادة بدرجة صغيرة او كبيرة . ومن هذه الانحرافات : جيئات الرأس المستقيمة ، التركيبات اللاتزاملية للرأس ، الوضع العالى المستقيم والمنخفض المستعرض للرأس .

الجيئات المعتدلة للرأس

يعتبر القذال ، عند النوع المنحنى من آلية الولادة (جيئة بالقذال) الجزء السائر ، الى الأمام ، من الرأس ، والمركز الدليل — هو اليافوخ الصغير ، ويمر الرأس عبر الحوض بمحيط يتفق مع البعد المائل الصغير (عند النوع الخلفى — مع المائل المتوسط) .

ويمر الرأس أحيانا عبر الحوض فى حالة منتصبة . فتبتعد منطقة تحت الذقن عن القفص الصدرى ، ويصبح الجزء ، السائر الى الأمام ، من الرأس هو الهامة ، الجبين والوجه . وبهذه الصورة تنشأ الجيئات المستقيمة .

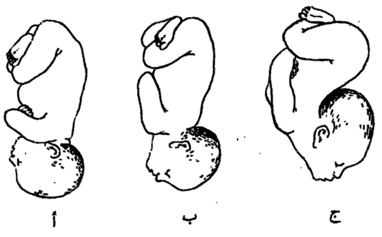
فهنالك ثلاث درجات لاعتدال الرأس وبالمقابل ثلاثة انواع من الجيئات المستقيمة (شكل ٤٧) .

١ — فيبتعد ، عند الدرجة الأخف من الاعتدال ، الفك السفلى عن القفص الصدرى ، ويصبح الجزء السائر فى الأمام هو الهامة ، ويعتبر اليافوخ الكبير هو المركز الدليل — جيئة أمامية للرأس (شكل ٤٧ ، أ) .

٢ – وتتصف الدرجة الثانية باعتدال اكبر للرأس ، ويصبح الجبين هو الجزء الاكثر انخفاضا – جيئة بالجبين (شكل ٤٧ ، ب) .

٣ – ويتم عند الدرجة الثالثة أقصى اعتدال ، فيهبط قسم الوجه من الرأس اكثر من الاجزاء الاخرى ، ويصبح الفك السفلى المركز الدليل – جيئة بالوجه (شكل ٤٧ ، ج) .

وأسباب نشوء الجيئات المنتصبة مختلفة ، فاليها تنتسب جميع الحالات التى تعرقل انحناء الرأس . ان الجيئات المنتصبة اكثر ما تحدث فى الحوض الضيق (لاسيما المفلطح) . فعند



شكل ٤٧ . جيئات مستقيمة للرأس
أ – جيئة بالرأس أمامية ، ب – جيئة بالجبين ، ج – جيئة بالوجه

تباين أبعاد الحوض (ضيق) مع أبعاد الرأس يحدث الانتصاب نتيجة لتأخر هبوط القذال ، الذى يعتبر أوسع منطقة فى الرأس .

وقد تحدث عرقلة كهذه للانحناء ، عندما يكون الرأس كبير الحجم بشكل مفرط . عدا ذلك فان الرأس الصغير يستطيع المرور عبر الحوض فى حالة منتصبة . وتنعدم بصورة تامّة تقريبا فى الحالة الأخيرة الآلية المألوفة فى الولادة .

ويمكن أن تحدث الجيئات المنتصبة نتيجة لخروج المياه قبل الأوان (خاصة عند الاستسقاء) ، فاذا كان الرأس واقعا، فى لحظة خروج المياه، فى حالة منتصبة ، فهو يستطيع الثبوت فى هذه الحالة . ومن الاسباب النادرة فى نشوء الجيئات المنتصبة هى أورام الرقبة ، التى تعرقل الانحناء ، الشكل المستطيل للرأس (الممدود من الأمام الى الخلف) ، الذى يتم عنده تأخر هبوط القذال . ولآلية الولادة ، عند جميع الجيئات المنتصبة ، المميزات العامة التالية .

١ ـ تعتبر المرحلة الأولى من آلية الولادة هى انتصاب الرأس (بالمقارنة مع الجيئة بالقذال عندما يجرى اثناءها انحناء الرأس) .

٢ ـ يدور الرأس عند جميع الجيئات الانتصابية فى تجويف الحوض كقاعدة بقذاله الى الخلف . وان دوران الرأس المنتصب بقذاله الى الأمام يجرى كحالة استثنائية ، والولادة فى هذه الحالة تكون مستحيلة عادة .

جيئة جبهة الرأس

لا يتيسر عادة عند الفحص القبالى الخارجى اكتشاف جيئة جبهة الرأس . ويكون عند الفحص المهبلى فى دور الانفتاح كلا اليافوخين واقعين على مستوى واحد . فيهبط فى دور الطرد ، اليافوخ الكبير الى اسفل ويصبح المركز الدليل اما اليافوخ الصغير فيتأخر فى حركته ولهذا من الصعب مناله ، ويتسنى مس النهاية العليا من درز الجبين ، الذى يبتعد عن القسم الأمامى لليافوخ الكبير . وبهذه الصورة تعتبر الهامة مع اليافوخ الكبير المنطقة الواقعة أسفل الجميع .

آلية الولادة . يستقر الرأس فى مدخل الحوض بدرزه السهمى (وبجزء من درز الجبين) فى البعد العرضى أو فى المائل تقريبا ، ويقع اليافوخ الكبير والصغير على مستوى واحد .

المرحلة الأولى ـ انتصاب غير كبير ، يبتعد الفك السفلى عن القفص الصدرى ، وتهبط الهامة ، ويقع اليافوخ الكبير أسفل الصغير ، فهو يعتبر المركز الدليل . وبهذه الوضعية يهبط الرأس فى الحوض .

المرحلة الثانية ـ الدوران الداخلى للرأس . يتم فى تجويف الحوض دوران الرأس بقذاله الى الخلف ، ويتحول الدرز السهمى الى البعد المائل للحوض . وينتهى دوران الرأس فى مخرج الحوض ، فاليافوخ الكبير متجه نحو العانة ، والصغير ـ الى العجز ، ويقع الدرز السهمى فى البعد الطولى .

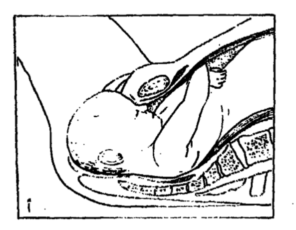
المرحلة الثالثة ـ وتحدث أثناء اجتياز الرأس ، وتتألف من : أ) انحناء ، ب) انتصاب الرأس المجتاز . فتظهر ، فى البداية من الفرج ، هامة الرأس مع اليافوخ الكبير ، ويعبر بعد ذلك الجبين ، وتقترب منطقة القصبة الأنفية من الطرف السفلى للقوس العانى . وتعتبر منطقة القصبة الأنفية (glabella) أول مركز للتثبت (شكل ٤٨ ، أ) . وينحنى الرأس حول هذا المركز . ويتم فى هذه اللحظة عبور القذال الى حد نتوء القذال . ومن ثم يستند نتوء القذال

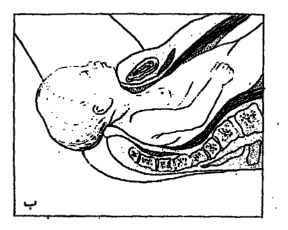
الى منطقة مفصل العجز — العصعص ، مكونا مركز التثبت الثاني . ويجرى حول هذا المركز انتصاب الرأس ، ويخرج أثناء الانتصاب من تحت العانة وجه الجنين (شكل ٤٨ ، ب) .

المرحلة الرابعة — الدوران الخارجي للرأس والدوران الداخلي للكتفين .

يمر الرأس عبر الحوض ويجتاز حلقة الفرج بمحيط مقداره ٣٤ سم ، يطابق البعد الطولي للرأس (١٢ سم) . ويقع الورم الرأسي في منطقة اليافوخ الكبير ، وان هيئة الرأس بارزة بوضوح ، فهو ممتد الى الاعلى بواسطة الهامة ؛ ويشبه بشكله البرج (شكل ٤٩) .

ان آلية الولادة عند الجيئة بجبهة الرأس تذكرنا بالنوع الخلفي للجيئة بالقذال . غير أن





شكل ٤٨ . اجتياز الرأس عند جيئة بالرأس أمامية .
أ — انحناء الرأس حول مركز التثبت الاول ، ب — اعتدال الرأس حول المركز الثاني للتثبت

التشابه هو خارجي ويكمن في ان الولادة في الحالتين تتم حسب الوضع الخلفي. وفيما يتبقى فان آلية الولادة عند الجيئات المذكورة تكون مختلفة . ويمر الرأس المنحني عند النوع الخلفي للجيئة بالقذال بمحيط مقداره ٣٣ سم (بواسطة البعد المائل المتوسط) . ويجتاز الرأس المنتصب الحوض والعجان عند جيئة أمامية للرأس ، بمحيط قدره ٣٤ سم . ويقع المركز الدليل عند النوع الخلفي على الحدود بين اليافوخ الكبير والصغير ، ويعتبر المركز الدليل ، عند الجيئة الأمامية للرأس ، هو اليافوخ الكبير . ويعتبر مركز التثبت الأول ، عند النوع الخلفي للجيئة بالقذال ، هو حدود المنطقة الشعرية من الرأس ، اما الثاني — فحفرة تحت القذال ، بينما تكون القصبة الأنفية ، هي مركز التثبت الأول ، عند الجيئة الأمامية للرأس ، والنتوء القذالي — هو الثاني.

سير الولادة عند الجيئة الأمامية للرأس . ان دور الطرد طويل ، لأن الرأس المنتصب يمر عبر الحوض ببعد كبير نسبيا (البعد الطولى) ويلاقى عرقلة كبيرة من جانب طرق الولادة

ويمكن أن ينشأ ، عند ضيق الحوض وضخامة الجنين ، نشاط ولادى تشنجى وتمطي الفلقة السفلية بصورة مفرطة أو ضعف قوى الولادة الثانوى ، وتوقف زحف الرأس ، انحصار الانسجة اللينة لطرق الولادة والمثانة ، واختناق الجنين داخل الرحم . وتنتهى الولادة عند الحوض الطبيعى ، والحجم الطبيعى للجنين والنشاط الطبيعى للولادة ، بصورة تلقائية .

التريث في التوليد . تراقب القابلة بانتباه الحالة الصحية للماخض وطبيعة النشاط الولادى ، وتقدم الرأس ، وتستمع بصورة منتظمة الى ضربات قلب الجنين وتعدها . وينصح بالوقاية من اختناق الجنين . والمفروض ان ينحنى الرأس فى لحظة الاجتياز الى الأمام (نحو العانة) ، فبعد اجتياز القذال ، يؤخذ الرأس باليد ويجرى القيام بتعديله بحذر الى الخلف . ويلجأ الى التدخلات الجراحية عند نشوء اختلاطات فقط (ضعف قوى الولادة الثانوى ، اختناق الجنين وغيرها) . ويتم التوليد تحت اشراف الطبيب .

شكل ٤٩ . تكيف الرأس وتناسقه عند جيئة بالرأس أمامية

الجيئة بالجبين

يمكن أن تكون الجيئة بالجبين مؤقتة ، فكثيرا ما يشتد فى مجرى الولادة انتصاب الرأس وتتحول الجيئة بالجبين الى جيئة بالوجه . فاذا لم يتم الانتصاب الأقصى ، تتثبت الجيئة بالجبين .

وتوجد الولادة، التى يتقدم فيها الجبين، بصورة نادرة جدا (مرة واحدة من بين ٢٠٠٠ ـ ٣٠٠٠ ولادة) ، وسيرها طويل . وكثيرا ما تحدث في دور الطرد مضاعفات ، تهدد سلامة الأم والجنين . وان انتهاء الولادة ، التى يتقدم فيها الجبين ، بصورة تلقائية ممكن عند الحوض الطبيعى أو الواسع فقط ، وعندما يكون الجنين غير كبير الحجم (مخدوج) ، وحينما يكون النشاط الولادى جيدا .

ان اكتشاف الجيئة بالجبين عن طريق الفحص الخارجى أمر صعب . ويوضع عند الفحص المهبلى تشخيص الجيئة بالجبين حينما يجس الجبين مع درز الجبين عندما يكون الرأس ملتصقا بشدة بالحوض أو يكون داخلا الى الحوض .

ومما يميز الجيئة بالجبين هو انه تجس من إحدى جهتي الدرز الجبيني قاعدة الأنف وقوسا الحاجبين، ومن الجهة الأخرى الزاوية الأمامية لليافوخ الكبير . فاذا كان الرأس متحركا فمن الممكن أن تتحول الجيئة بالجبين الى جيئة بالوجه .

آلية الولادة . المرحلة الأولى — انتصاب الرأس ، يستقر الرأس ببعده المائل الكبير فى مدخل الحوض ، وتقع اسفل الاجزاء الاخرى قاعدة الأنف ، وهى تعتبر المركز الدليل . ويقع درز الجبين فى البعد العرضى لمدخل الحوض . ويهبط الرأس بهذه الوضعية حتى قعر الحوض (اذا لم يكن كبيرا والنشاط الولادى جيد) .



شكل ٥٠ . اجتياز الرأس عند الجيئة بالجبين



شكل ٥١ . تكيف الرأس وتناسقه عند الجيئة بالجبين

المرحلة الثانية . الدوران الداخلى للرأس بالقذال الى الخلف ، وبالمحجرين الى الأمام (نحو الارتفاق) ، يتحول درز الجبين الى البعد المائل ومن ثم الى البعد الطولى لمخرج الحوض.

وتتم المرحلة الثالثة أثناء الاجتياز وتتكون من : أ) انحناء، ب) انتصاب الرأس. يظهر من الفرج ، عند المخاض الشديد جدا ، الجبين ، العينان ، الأنف (شكل ٥٠) ، بعد ذلك يستند الفك العلوى الى الطرف السفلى من الارتفاق (المركز الاول للتثبت) ، فينحنى الرأس ، وفى لحظة الانحناء تلوح فوق العجان هامة الرأس وقذاله . ويستند فيما بعد نتوء القذال (المركز الثانى للتثبت) الى مفصل العجز — العصعص، فيتم انتصاب الرأس الذى يظهر منه الفم والفك السفلى من تحت العانة .

المرحلة الرابعة من آلية الولادة اعتيادية — دوران خارجي للرأس يتوقف على الدوران الداخلى للكتفين .

فيتعرض الرأس الى التكيف الشديد ، ويمتد باتجاه الجبين (شكل ٥١) ، فالورم الولادى عادة كبير ، ويقع فى منطقة الجبين . ويعبر الرأس بمحيط قدره ٣٥ سم (يتفق مع البعد المتوسط بين البعد المستقيم والبعد المائل الكبير) .

ان سير الولادة طويل ومرضى عادة . وقلما يلاحظ انتهاء الولادة بصورة تلقائية (جنين ليس كبير الحجم ، تقلصات قوية للرحم ، وحوض واسع) . وان دور الطرد طويل ، ومن غير النادر نشوء ضعف قوى الولادة الثانوى ، انقطاع تقدم الرأس ، انحصار الأنسجة اللينة لطرق الولادة والمثانة ، واختناق الجنين . ويمكن ان تتكون ، نتيجة لانحصار الأنسجة اللينة لفترة طويلة ، قرح تؤدى الى نشوء النواسير البولية التناسلية . ويمكن أن ينشأ نشاط ولادى شديد للغاية ، وتمطى الفلقة السفلى للرحم وتمزق الرحم . وكثيرا ما تلاحظ تمزقات عميقة للعجان . فيولد الطفل مع ظواهر الصدمة الولادية لداخل الجمجمة ، وغالبا ما تلاحظ ولادات ميتّة .

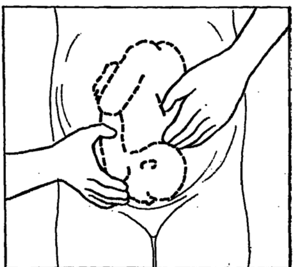
التوليد . عند تقدم الجبين يقوم بالتوليد الطبيب فقط . اذا لم يتركب الرأس بعد ، يجرى القيام بمراقبة الولادة والانتظار ، لان انتصاب الرأس قد يشتد وعند ذلك تتحول الجيئة بالجبين الى جيئة بالوجه. ان محاولات تحويل الجيئة بالجبين الى جيئة بالوجه (بالاصبع المولج فى الفم) تكون عادة بلا فائدة وغير خالية من الخطر . ولهذا فاذا لم تتعدل الجيئة بالجبين من تلقاء نفسها ، ولم يتركب بعد الرأس ، والجنين حى ، وانفتاح المزرد كامل ، يتم القيام بقلب الجنين على قدمه وانتشاله . ويمكن ، عند الجنين التميم وعدم وجود ظروف مناسبة لاجراء القلب ، طرح موضوع التوليد عن طريق العملية القيصرية .

وتجرى حينما يهبط الرأس الى باطن الحوض مراقبة الولادة ، ومراقبة الحالة الصحية للأم والجنين بدقة . ويجرى عند نشوء اختلاطات (ضعف قوى الولادة ، انحصار الانسجة اللينة لطرق الولادة لمدة طويلة بين الرأس وجدران الحوض ، علامات تهديد بتمزق الرحم) انهاء الولادة بطريقة جراحية . وفى احوال كهذه فان الجنين يموت عادة ، ولهذا يتم فدغ الجمجمة .

الجيئة بالوجه

تتكون الجيئة بالوجه عادة أثناء الولادة ، وبصورة أقل — أثناء الحمل ، فهى تعتبر نتيجة للانتصاب الأقصى للرأس . وتؤلف الولادات فى الجيئة بالوجه حسب معلومات العالم السوفييتى جوردانيا ٠,٢٣٪ من المجموع العام للولادات .

ان معرفة الجيئة بالوجه واكتشافها ممكن عند الفحص الخارجي والداخلي . ونتيجة للانتصاب الأقصى يستلقى الرأس الى الوراء ، وتتكون بين القذال والظهر نقرة ، ويتقوس ظهر الجنين الى الأمام ولهذا يبتعد عن جدار الرحم ، أما القفص الصدرى فبالعكس يقترب منه . إذن ، فالفحص الخارجي عند تقدم الوجه يسمح باظهار المعلومات المميزة : ١) النقرة بين الظهر والرأس المستلقى الى الوراء (شكل ٥٢) ، ٢) أحسن مكان لسماع ضربات قلب الجنين هو ليس من جهة الظهر ، وانما من جهة القفص الصدرى (هناك حيث يتم تحسس الاجزاء الصغيرة) . ويتم ، عند الفحص المهبلى تحسس : الجبين (مع درز الجبين) ، الاقواس فوق الحاجبين ، الأنف ، الفم والفك السفلى للجنين . ويتكون بعد خروج المياه الورم الولادى ، الذى قد يحول دون اكتشاف الجيئة بالوجه . ويمكن ان تحسب عند الورم الولادى الكبير ، الجيئة بالوجه كجيئة بالألية .



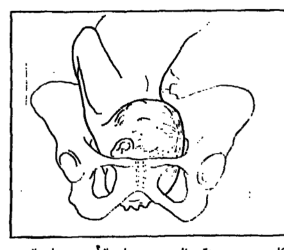
شكل ٥٢ . نتائج الفحص الخارجي عند الجيئة بالوجه

وللتمييز بين الجيئة بالوجه عن الجيئة بالالية ، يجب التذكر بأنه عند الجيئة بالالية ، يتم تحسس العجز ، الاجزاء الجنسية من الجنين ، ثنية المغبن ، وعند الجيئة بالوجه — الاقواس فوق الحاجبين ، الأنف ، الفم ، الذقن . وعند الورم الولادى الكبير ، يحسب أحيانا فم الجنين خطأ ، وكأنه الفتحة الخارجية للمستقيم . فاذا تم ادخال الاصبع فى الفم ، أمكن تحسس الفكين ، اللسان وتحت الذقن ، واذا أدخل الاصبع فى الفتحة الخارجية فانه يلاقى مقاومة المعصرة . غير أنه لا يُنصح بادخال الاصبع ، وذلك لانه يمكن تعريض الجنين الى الأذى . وينبغى التذكر بأن الفحص المهبلى عند الجيئة بالوجه يجب أن يتم بمنتهى الحذر ، لكى لا يصاب الجنين بالاذى .

فعند الفحص المهبلى يتم التأكد من موقع ومنظر الجنين. فاذا كان الذقن متجها الى اليمين ، كان الموقع هو الأول ، والى اليسار — الثانى ، ويتحدد المنظر ، عند الجيئة بالوجه ، بواسطة

الذقن ، وليس بواسطة الظهر (القذال) ، كما هو الحال عند جميع الجيئات الأخرى * . فاذا كان الذقن يدور الى الأمام (الظهر الى الوراء) ، المنظر أمامى ، والى الوراء — المنظر خلفى .

آلية الولادة . يلتصق الرأس عند بداية دور الطرد بمدخل الحوض او يدخله ، ويقع خط الوجه ، الذى يبدأ من درز الجبين وينتهى عند الذقن بواسطة ظهر الأنف ، فى البعد العرضى للحوض او المائل نسبيا .



شكل ٥٣ . جيئة بالوجه . دخل الرأس مدخل الحوض وهو معتدل بشدة



شكل ٥٤ . جيئة بالوجه . اختراق الرأس

المرحلة الأولى من آلية الولادة — الانتصاب ، الذى يصبح أثناءه الذقن اخفض المراكز — المركز الدليل (شكل ٥٣) . وبهذه الحالة يهبط الرأس حتى قعر الحوض .

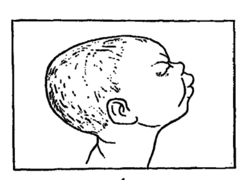
المرحلة الثانية — الدوران الداخلى للرأس — يتم فى قعر الحوض . يدور الذقن أثناء الدوران عادة الى الأمام ، ويتحول خط الوجه الى البعد المائل ، ومن ثم — الى البعد المستقيم لمخرج الحوض .

المرحلة الثالثة — انحناء الرأس — ويجرى الانحناء بالشكل الآتى . يلوح الذقن من الفرج عند المخاض الشديد ، وتستند منطقة العظم اللامى على القوس العانى (شكل ٥٤) . وينحنى الرأس حول هذا المركز للتثبت ، وتظهر أثناء الانحناء الوجه ، هامة الرأس والقذال ، فوق العجان .

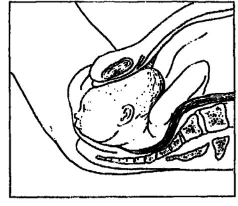
* ينصح كثير من الأطباء تحديد المنظر عند الجيئة بالوجه بواسطة الظهر ، كما هو الحال عند الجيئات الأخرى.

المرحلة الرابعة فى آلية الولادة – الدوران الخارجى للرأس . فالورم الولادى يقع فى الوجه (شكل ٥٥) ، والوجه مصاب بالاديما ، أزرق – قرمزى ، وتكون الشفتان والجفنان منتفختين على الأخص ، ويصاب اللسان أحيانا بالتورم ايضا . ونتيجة لذلك فان المّص يكون فى الأيام الأولى من الحياة متعذرا .

سير الولادة . يمّر الرأس عند الجيئة بالوجه ، عبر الحوض ويجتاز حلقة الفرج بمحيط غير كبير نسبيا (٣٢ – ٣٣ سم) ، الذى يطابق البعد الشاقولى (٩,٥ سم) . ولهذا تنتهى عادة الولادة عند الحوض الطبيعى والنشاط الولادى الجيد ، بصورة تلقائية . وتطول الولادة . عند الجنين



شكل ٥٥ . شكل الرأس عند الجيئة بالوجه



شكل ٥٦ . جيئة بالوجه ، منظر خلفى (الولادة متعذرة)

الكبير الحجم ، والنشاط الولادى الشديد بدرجة غير كافية ، ضيق الحوض ، وتنشأ اختلاطات (انحصار الأنسجة اللينة ، اختناق الجنين ، إلتهاب بطانة الرحم عند الولادة وغيرها) .

وفى حالات نادرة يحدث اختلاط شديد – منظر خلفى لجيئة بالوجه : يدور الذقن نحو العصعص ، والجبين – نحو الارتفاق (شكل ٥٦). فيتوقف زحف الرأس ، لأن الرأس يجب ان يمر عبر الحوض سوية مع القفص الصدرى . ان حجم الرأس مع القفص الصدرى لا يتناسب مع أبعاد الحوض ، ولهذا فان الولادة فى المنظر الخلفى للجيئة بالوجه مستحيلة وتتطلب التوليد الجراحى.

ان التوليد عند المنظر الأمامى للجيئة بالوجه يجرى بترقب وبانتظار ، لأن الولادة فى اكثر الاحوال تنتهى تلقائيا .

ففى الدور الأول من الولادة توضع الماخض فى السرير كى يتم تجنب خروج المياه فى وقت مبكر . فينصح بالنوم على الجهة التى يتجه نحوها ذقن الجنين ، ويساعد وضع كهذا للماخض ، على هبوط ذقن الجنين ويسهل آلية الولادة .

وتجرى في الدور الثاني من الولادة ، مراقبة حالة الماخض والجنين ، وطبيعة النشاط الولادى ، وتقدم الرأس بانتباه . ويجرى عند المنظر الأمامي للجيئة بالوجه ، انتظار عبور الذقن بصبر. بعدئذ يبدأ القيام بالتوليد . ومن الضرورى الاعتناء الشديد بالرأس ، لكى لا يتم ايذاء الوجه العابر . ويجرى ، بعد اجتياز الوجه ، انحناء الرأس بحذر وبطء باليد اليسرى باتجاه الارتفاق ، وباليد اليمنى يتم باعتناء إزاحة الأنسجة اللينة لطرق الولادة عن الرأس المولود . وينبغى عند الجيئة بالوجه ، المحافظة على العجان باعتناء شديد ، لانه كثيرا ما يلاحظ تمزقه ، وينصح بشق العجان ، عند وجود خطر تمزق .

وتقدم فى حالة حدوث اختلاطات ، المساعدة الضرورية (مكافحة الاختناق ، تحفيز النشاط الولادى الخ) ، ويتم القيام بالتوليد الجراحى فقط لاسباب داعية من قبل الأم او الجنين . ومن الضرورى ، عند المنظر الخلفى للجيئة بالوجه القيام بالتوليد الجراحى (يتم اجراء العملية القيصرية عادة أو فدغ الجمجمة) ، وبدون المساعدة الجراحية فان الولادة تكون مستحيلة ، وتموت الماخض من تمزق الرحم أو العدوى التسممية .

التركيب اللاتزاملى للرأس

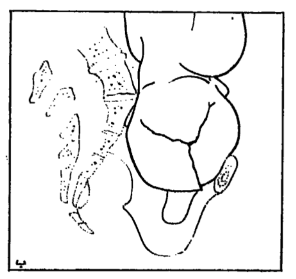
يتصف التركيب التزاملى (المحورى) للرأس بأن الدرز السهمى يقع على مسافة مساوية من الارتفاق وطنف العجز اى بواسطة محور الحوض . وعند التركيب اللاتزاملى (اللامحورى) فان الدرز السهمى ، يميل مقتربا من طنف العجز أو الارتفاق . فاذا كان الدرز السهمى قريبا من طنف العجز ، يتركب العظم الجدارى الأمامى — اللاتزامل الأمامى . وعندما يقترب الدرز السهمى من الارتفاق ويتركب العظم الجدارى الخلفى — يقال ان اللاتزامل خلفى . ان اللاتزامل ، الذى يكون فى درجة ليست كبيرة ، يشاهد عند الولادات الطبيعية كظاهرة مؤقتة ، وبقدر هبوط الرأس فى الحوض يزول اللاتزامل . ويعتبر هذا اللاتزامل الذى يشاهد عند الولادات الطبيعية ، فيز يولوجيا .

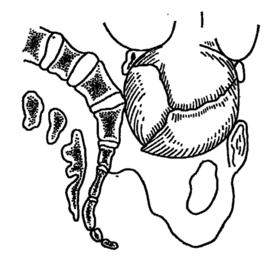
وان اللاتزامل الاكثر ثباتا ، والمعتدل الوضوح (فى الغالب — الأمامى) يشاهد عند الاحواض الضيقة وبالدرجة الرئيسية فى الاحواض المفلطحة . ويسهل اللاتزامل المعتدل مرور الرأس عبر المدخل الضيق للحوض المفلطح (أنظر الباب التاسع) ، ولهذا فهو كذلك يعد ظاهرة طبيعية (تكيفية) :

ان الدرجات الشديدة من التركيب اللاتزاملى للرأس تعرقل أو تخل بالولادة ولهذا تعد مرضية.

اللاتزامل الأمامى المرضى ، أو تركيب العظم الجدارى الأمامى . يقف الدرز السهمى عند طنف العجز ، يتركب العظم الجدارى الأمامى ، ويتأخر الخلفى عند الطنف ، ويميل الرأس الى الكتف الخلفى (شكل ٥٧ ، أ) .

اللاتزامل الخلفى المرضى ، أو تركيب العظم الجدارى الخلفى . الدرز السهمى مقترب من الارتفاق أو يقع جنبه ، يتركب العظم الجدارى الخلفى ، ويتأخر فوق العانة الأمامى ،





شكل ٥٧ . اللاتزامل المرضى

أ – لاتزامل مرضى أمامى ؛ ب – لاتزامل مرضى خلفى

والرأس مائل الى الكتف الأمامى (شكل ٥٧ ، ب) . وتبلغ أذن الجنين طنف العجز عند الدرجة الشديدة من اللاتزامل الخلفى .

ومما يساعد على نشوء اللاتزامل المرضى : الحوض الضيق ، جدار البطن المرتخى (البطن المترهل) ، سقوط اليد بجانب الرأس والحالات الأخرى . ويوضع تشخيص التركيب اللاتزاملى عند الفحص المهبلى على أساس ان الدرز السهمى يحيد عن محور الحوض الى جهة الارتفاق أو العجز ويحتفظ بثبات بهذا الوضع .

ان اللاتزامل المرضى يعرقل تقدم الرأس. وعند النشاط الولادى الشديد ، ووجود رأس غير كبير الحجم وعدم وجود ضيق فى الحوض بدرجة كبيرة ، فقط تنتهى الولادة تلقائيا .

عندئذ يتعرض الرأس الى التكيف بشدة ، ويكتسب شكلا مائلا ، وتحت تأثير النشاط الولادى الشديد يتوغل العظم الجدارى المتقدم أعمق فأعمق فى الحوض وبعد ذلك فقط يهبط العظم الجدارى الآخر ، المتعوق لدى الطنف أو الارتفاق .

ان سير الولادة طويل ، وكثيرا ما يحدث انحصار الأنسجة اللينة لطرق الولادة والمثانة ، ضعف قوى الولادة الثانوى ، واختناق وصدمة داخل جمجمة الجنين واختلاطات أخرى . ان التنبؤ بالعاقبة يكون غير حسن خاصة عند اللاتزامل الخلفى المرضى : يعتبر تركيب العظم الجدارى الخلفى البارز بشدة ، عقبة فى طريق الولادة .

التوليد. عند اللاتزامل المرضى ينفذ التوليد من قبل الطبيب فعند اللاتزامل المعتدل ، خاصة الأمامى ، يكون التوليد انتظاريا ، ويجرى التدخل عند حدوث اختلاطات ، تهدد الأم أو الجنين . وينصح ، عند اللاتزامل الخلفى الواضح ، بالتوليد بهمة وبنشاط .

فاذا كان الجنين محتفظا بقدرته على الحركة ، يستطيع الطبيب المجرب القيام بمحاولة لقلب الجنين على القدم ، وينبغى ، عند عدم وجود تحرك من قبل الجنين وهو حى ، انهاء الولادة بالعملية القيصرية . وعند موت الجنين يقتضى اجراء عملية اتلاف الجنين .

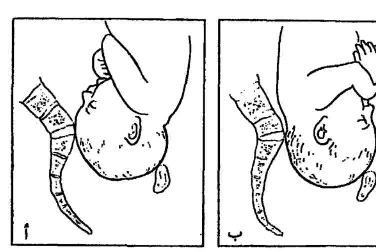
الوضع العالى الطولى للرأس

يستقر الرأس ، كقاعدة ، فى مدخل الحوض بالدرز السهمى فى البعد العرضى او المائل نسبيا للحوض . ومن النادر جدا أن يدخل الرأس الحوض ، بحيث يتطابق درزه السهمى مع البعد الطولى للمدخل القطر الحقيقى . ويدعى هذا الانحراف عن الآلية الطبيعية للولادة بالوضع العالى الطولى للرأس . ويمكن للقذال ، عند الوقوف العالى الطولى للرأس ، ان يكون متجها نحو الارتفاق او العجز . فعندما يكون القذال متجها الى الأمام ، يقال عن المنظر الأمامى للوضع العالى الطولى للرأس (positio occipitalis pubica) (شكل ٥٨ ، أ) واذا كان القذال متجها نحو الطنف — عن المنظر الخلفى للوضع العالى الطولى للرأس ، (positio occipitalis sacralis) (شكل ٥٨ ، ب) .

ومما يساعد على نشوء الوضع العالى الطولى للرأس : ضيق الحوض ، تغير شكل الرأس (البعد العرضى الكبير اكبر من البعد المائل الصغير) ، انخفاض شدة توتر الرحم وجدار البطن وغيرها .

ان الوضع العالى الطولى للرأس يعقد مجرى الولادة . فالدور الثانى من الولادة يكون عادة طويلا ، وكثيرا ما يحدث ضعف قوى الولادة ، توقف تقدم الرأس ، وانحصار الأنسجة اللينة لطرق الولادة ، واختناق وصدمة داخل جمجمة الجنين والمضاعفات الأخرى ، التى تعتبر من دواعى القيام بالتوليد الجراحى . وعند الحوض الطبيعى والنشاط الولادى الجيد والجنين غير كبير الحجم يمكن للولادة ان تنتهى تلقائيا .

ان التنبؤ بالعاقبة ، عند المنظر الأمامى ، هو أحسن بكثير مما له عند المنظر الخلفى ، حيث ينحنى الرأس بشدة ويمر بهذه الوضعية (الدرز السهمى فى البعد الطولى) عبر جميع



شكل ٥٨ . وقوف مستقيم عالى للرأس
أ — positio occipitalis pubica ،
ب — positio occipitalis sacralis ،

مقاطع الحوض . وعندما يصل الرأس قعر الحوض ، يرتكز بمنطقة تحت القذال فى الارتفاق وينتصب (يعبر) .

ويجرى عند المنظر الخلفى التنسيق والتكيف الشديد للرأس وانحناءه . وبهذه الوضعية يهبط الرأس فى الحوض ، اذا لم يكن حجمه كبيرا ، والحوض طبيعى والنشاط الولادى حيوى . ويمكن ان يتم فى باطن الحوض دوران الرأس بمقدار ١٨٠° ويولد فى المنظر الأمامى . فاذا لم يتم الدوران ، يعبر الرأس فى المنظر الخلفى . وقلما توجد ولادة تلقائية عند المنظر الخلفى ، وتنشأ فى معظم الحالات الحاجة الى القيام بالتوليد الجراحى (القلب على القدم ، العملية القيصرية ، وضع الملاقط ، فدغ الجمجمة) .

الوضع المستعرض المنخفض للرأس

الوضع المستعرض المنخفض للرأس هو اختلال آلية الولادة ، الذى لا يحدث عنده الدوران الداخلى للرأس ، فيصل الرأس تجويف الحوض وحتى الى مخرج الحوض بدرزه السهمى ، الواقع فى البعد العرضى (شكل ٥٩) . ويحدث الوضع المستعرض المنخفض للرأس قبل كل شىء عند الحوض الضيق ، خاصة المفلطح البسيط ، ولارتخاء عضلات قعر الرحم أهمية فى هذا المجال .

شكل ٥٩ . وقوف عرضى منخفض للرأس

ان الوضع المستعرض المنخفض للرأس يخل بعملية طرد الجنين . فالرأس الواقف بدرزه السهمى فى البعد العرضى للمخرج لا يستطيع الاجتياز ، لأن ما يعرقل انتصابه هو النتوءات الوركية غير القابلة للانثناء . ويمكن ان يحدث الاجتياز فقط فى حالة ما اذا تم الدوران وتحول الدرز السهمى من البعد العرضى الى البعد الطولى لمخرج الحوض ومثل هذا الدوران جائز فقط عند وجود نشاط ولادى شديد ومستمر ، وعدم وجود ضيق فى الحوض بدرجة كبيرة . فاذا لم يحصل الدوران ، تحدث اختلاطات تكون خطرة على الأم والجنين (انحصار وموت الانسجة اللينة لطرق الولادة والمثانة ، عدوى صاعدة ، اختناق الجنين وغيرها) .

ويكون التوليد بالانتظار . وينصح بوضع الماخض على ذلك الجانب الذى يكون متجها اليه قذال الجنين . ويجرى القيام بالوقاية من اختناق الجنين . وتجرى مراقبة حالة الأم والجنين بانتباه . وتنتهى الولادة عند الاختلاطات بالعملية الجراحية . فتستعمل عندما يكون الجنين حيا ، الملاقط ، ويتم القيام بفدغ الجمجمة — عند موته .

الباب التاسع

الحوض الضيق

يعتبر الحوض الضيق واحدة من أكثر مسائل علم التوليد أهمية وتعقيدا . فتحدث أثناء الولادة عند ضيق الحوض اختلاطات تهدد الأم والجنين . وان الاختلاطات التى تنشأ نتيجة لضيق الحوض ، تتطلب اللجوء الى المساعدة القبالية الماهرة ، وكثيرا ما تنشأ دواع للتوليد الجراحي . وان ابحاثا متعددة للاخصائيين السوفييت وفى البلدان الأخرى مكرسة لدراسة ضيق الحوض . ومما ساعد على تطوير هذه الدراسة هو الابحاث الأساسية لاطباء التوليد الروس ومن بينهم : آ . كراسوفسكى ، ن. فينومينوف آ. بالموف وغيرهم .

معنى ضيق الحوض . يورد الطبيب السوفييتى م . مالينوفسكى التحديد الآتى عن مفهوم ضيق الحوض . « الحوض الضيق ، من المعتاد اعتباره ذلك الحوض ، الذى تبدل فيه الهيكل العظمى الى درجة ، بحيث اذا مرّ من خلاله جنين تميم وخاصة رأسه وجد عراقيل وصعوبات ذات طبيعة ميكانيكية » . وللعراقيل والصعوبات التى تنشأ عند ضيق الحوض درجات متفاوتة . فعند ضيق غير كبير فى الحوض تنتحى جانبا وتنتهى الولادة بصورة تلقائية ، وتنشأ ، فى حالة وجود عدم توافق شديد بين أبعاد الحوض والجنين (الرأس) عقبات كأداء للولادة .

يمكن ان يقل طول جميع الابعاد فى الحوض الضيق : المستقيمة ، العرضية والمائلة ، ويمكن ان تقصر بعض الأبعاد فقط (مثلا ، المستقيمة او العرضية) او حتى أحد أبعاد الحوض (مثلا ، البعد المستقيم لمدخل الحوض) . وبناء على ذلك فان الطبيب السوفييتى كراسوفسكى يعتبر ان الحوض الضيق ، هو ذلك الحوض الذى تكون فيه « جميع الابعاد قصيرة او بعضها او أحد الأبعاد الرئيسية للحوض » .

ومن المعتاد اعتبار بعد القطر الحقيقى ، الدليل الرئيسى لضيق الحوض . فاذا كان بعد القطر الحقيقى أقل من ١١ سم ، يعنى ١٠ سم وأقل ، كان الحوض ضيقا . ومن الممكن معرفة بعد القطر الحقيقى بمعرفة طول القطر المائل والقطر الخارجى .

ولهذا يمكن ضم الأحواض التى يكون فيها القطر الخارجى أقل من ١٩ سم ، وبالضبط ١٨ سم وأقل ، الى قائمة الاحواض الضيقة . وبهذه الصورة ، على أساس قياس الحوض ، الذى يتضح منه قصر جميع أبعاد الحوض أو بعضها ، يتم وضع تشخيص الحوض الضيق تشريحيا .

ومن الضرورى الاشارة الى أن الحوض الضيق تشريحيا ليس دائما عقبة للولادة . فعند ضيق الحوض بدرجة معتدلة ، فان نتيجة الولادة تتوقف ليس على أبعاد الحوض فقط ، بل وكذلك على طبيعة النشاط الولادى ، وحجم الجنين وقابلية الرأس على التكيف . فاذا كان النشاط الولادى جيدا ، والجنين ليس كبيرا فى الحجم ، والرأس يتكيف بصورة جيدة ، تجرى الولادة بصورة طبيعية . وعند ضعف النشاط الولادى ، وعدم كفاية قدرة الرأس على التكيف أو عند كبر حجم الجنين ، فان حوضا بنفس هذا الحجم يكون عقبة فى طريق الولادة . وعند وجود ضيق بدرجة متساوية (مثلا أن القطر الخارجى يساوى ١٨ سم) فستجرى الولادة لدى امرأة بصورة طبيعية ، وستنشأ لدى الأخرى — مضاعفات . اذن فالحوض الضيق تشريحيا لا يعتبر دائما ضيقا من حيث الحالة السريرية (الوظيفة) . فالحوض الضيق تشريحيا يمكن ان يكون ضيقا او غير ضيق من الناحية السريرية (من حيث مجرى الولادة ونتيجتها) تبعا لشدة تقلصات الرحم والمخاض ، وحجم وتكيف رأس الجنين الخ .

ويوضع تشخيص ضيق الحوض التشريحى عن طريق قياس الحوض ، وتحل مسألة ، ما اذا كان الحوض الحالى ضيقا من الناحية السريرية ام لا ، أثناء الولادة وذلك بالأخذ بالحسبان طبيعة النشاط الولادى ، تقدم الرأس الخ .

وهكذا فان الحوض الضيق سريريا هو ذلك الحوض الذى يشكل عقبة لمجرى الولادة الحالية .

ان ضيق الحوض التشريحى بدرجة شديدة ، سيكون دائما ضيقا من الناحية السريرية ، وتستحيل الولادة حتى عند وجود نشاط ولادى شديد وتكّيف جيد للرأس .

الأسباب . ان أسباب نشوء الحوض الضيق متباينة . وان الحوض الضيق يعتبر أحد الأعراض الرئيسية لنقص نمو الجسم (طفالة) . ان جميع الشروط التى تساعد على تأخر نمو الجسم ، تؤدى فى الوقت ذاته الى نشوء تضيق الحوض . ومنها الظروف غير الملائمة للحياة والأمراض الطويلة الشديدة فى دور الطفولة وفى دور النضوج الجنسى . وللكساح فى دور الطفولة أهمية كبيرة . فيتم ، عند الكساح تلين العظام ، وبضمنها عظام الحوض . ولهذا تحدث عند الكساح تشوهات الجمجمة ، العمود الفقرى ، عظم القصى ، الاطراف السفلى والحوض .

وتسبب تشوهات عظام الحوض الكساحية انقباضه . ومما يؤدى الى اختلال شكل الحوض وضيقه هو سل العظام والمفاصل ، خاصة اصابة مفاصل الفخذ والركبة والعمود الفقرى فى الطفولة . ويلاحظ الشيء نفسه عند كسر عظام الحوض ، عند الخلوع وكسور الاطراف السفلى الملتئمة بصورة غير صحيحة ، المصحوبة بالعرج والاختلالات الأخرى للحركة . ومن الاسباب النادرة فى نشوء الحوض الضيق هى أورام عظام الحوض ، تزحلق الفقرة القطنية V الى الأمام والحالات الأخرى .

تصنيف الاحواض الضيقة

هنالك تصنيفان لضيق الحوض . تصنيف يأخذ بعين الاعتبار أشكال الاحواض الضيقة ، والآخر – درجة الضيق .

تصنيف الأحواض الضيقة حسب الشكل . هنالك الاشكال الرئيسية التالية للاحواض الضيقة : حوض متناظر الضيق قياسيا ، الحوض المسطح ، الحوض المسطح الضيق بصورة عامة . عدا ذلك نشاهد أشكالا نادرة لضيق الحوض .

١ . يمتاز الحوض متناظر الضيق قياسيا بأن جميع الابعاد فيه (المستقيمة ، العرضية والمائلة) تقصر بمقدار متساو ، فى الغالب ب ١ – ٢ سم (شكل ٦٠) .

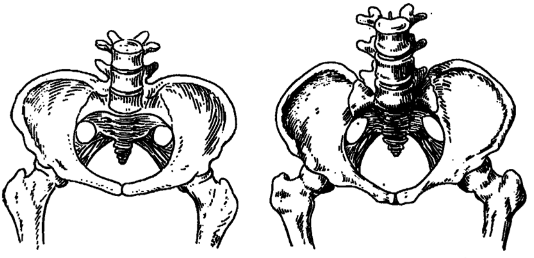
يوجد الحوض متناظر الضيق قياسيا لدى النساء غير طويلات القامة ، رقيقات البنية ولدى النساء اللاتى لديهن علامات الطفالة (نقص الثديين ، الغطاء الشعرى فى العانة ، والاعضاء التناسلية الخارجية الخ) .

ويلاحظ الحوض متناظر الضيق قياسيا أحيانا لدى النساء الطويلات القامة ، مفتولات العضلات ، واللاتى لهيكلهن العظمى عظام متينة ضخمة . ويلاحظ عند نساء من هذا القبيل فى تركيب أحواضهن عدا تناظر الضيق ، خصائص تشبه حوض الرجل : عجز ضيق ، ضيق القوس العانى ، ويضيق الحوض على الأخص فى المخرج (له شكل القمع) .

٢. الحوض المسطح . يسمى بالحوض المسطح ، ذلك الحوض الذى تقصر فيه الأبعاد المستقيمة وتبقى الابعاد العرضية والمائلة طبيعية . ويكون الضيق نوعين : ١) تقصر جميع الأبعاد المستقيمة – الحوض المسطح البسيط ، ٢) يقصر البعد المستقيم للمدخل فقط (القطر الحقيقى) – الحوض المسطح الكساحى .

أ) ويمتاز الحوض المسطح البسيط باقتراب العجز كله من الارتفاق ، وبناء على ذلك تقصر جميع الابعاد المستقيمة ، المدخل ، الجوف والمخرج . لا يلاحظ وجود تشوه عظام الحوض والهيكل العظمى (شكل ٦١) . والنساء اللاتى لهن حوض مسطح بسيط ، تكون بنيتهن طبيعية .

ب) وللحوض المسطح الكساحى مجموعة من التشوهات . فجناحا عظمى الحرقفة مفتوحان ، والمسافة ، بين نتوءات عظمى الحرقفة ، كبيرة ، فتقرب distantia spinarum



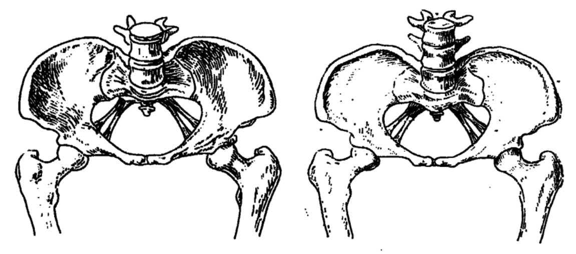
شكل ٦٠ . حوض متناظر الضيق قياسيا

شكل ٦١ . حوض مسطح بسيط

بطولها من distantia cristarum . وعند وجود تشوه كساحى بدرجة كبيرة للحوض تتساوى distantia spinarum مع distantia cristarum او تزيد عن مقدار الأخيرة (اعتياديا distantia cristarum أقل من distantia spinarum بـ ٣ سم) . فالعجز قصير ، مرصوص وملفوف حول المحور الافقى بشكل بحيث تكون قاعدته قريبة من الارتفاق ، أما القمة مع الطرف فمتجهان الى الوراء ، وطنف العجز بارز بشدة الى الأمام (شكل ٦٢) . وبالنظر لاستدارة قاعدة العجز بطنفها الى الأمام ، فان مدخل الحوض له شكل يشبه الكلية ، فالبعد المستقيم للمدخل أقصر ، أما الابعاد العرضية والمائلة فطبيعية . وكلما كان الطنف بارزا اكثر الى الأمام ، كلما كان البعد الحقيقى أقصر وابعاد مخرج الحوض اكبر . وبالنظر لزحف رأس العجز الى الوراء ، فان البعد المستقيم للمخرج يكون اكبر . ان البعد العرضى لمخرج الحوض أكبر لأن النتوءات الوركية تقع على مسافة اكبر بعضها عن البعض ، مما هى عليه فى الحوض الطبيعى ، والقوس

العانى فى الحوض المسطح الكساحى واسع . ان ابعاد تجويف الحوض المسطح الكساحى عادية أو نوعا ما اكبر . وهكذا نجد أن فى الحوض المسطح الكساحى البعد الرئيسى — البعد المستقيم للمدخل — القطر الحقيقى هو أصغر .

وتلاحظ عادة ، لدى النساء اللاتى أصبن سابقا بالكساح ، والتغيرات الأخرى فى الجهاز العظمى : « الرأس المربع » ، عظما الترقوة على شكل حرف S ، اعوجاج الساقين ، والعمود الفقرى ، وعظم القصى وغيرها . ويمكن أن تكون هذه التغيرات بارزة بشدة اكثر أو أقل .



شكل ٦٢ . حوض مسطح كساحى

شكل ٦٣ . حوض مسطح ضيق بصورة عامة

٣ . الحوض المسطح الضيق على العموم — هو ذلك الحوض الذى تقصر فيه جميع الابعاد ، غير أن الابعاد المستقيمة تقصر اكثر من الابعاد الباقية (شكل ٦٢) . ويكون البعد المستقيم للمدخل اكثر قصرا من كل الابعاد الأخرى عادة . وينشأ الحوض المسطح الضيق على العموم عند ترافق حالتين مرضيتين عادة : الطفالة والكساح فى الطفولة . وبهذا يتم تفسير خصائص الحوض الحالى : فهو ضيق على العموم وعدا ذلك مرصوص نتيجة لكون الابعاد المستقيمة هى اكثر قصرا .

ويشكل الحوض المسطح الضيق على العموم مصاعب جمة للولادة عادة ، فهو يوجد بدرجة أقل من الحوض متناظر الضيق قياسيا والحوض المسطح . وترد فى الجدول رقم ١ الأبعاد النموذجية للاشكال المختلفة من ضيق الحوض .

شكل الحوض	Distantia spinarum	Distantia cristarum	Distantia trochanterica	Conjugata externa	Conjugata diagonalis	Conjugata vera
الحوض العادى	٢٥ – ٢٦	٢٨ – ٢٩	٣٠ – ٣١	٢٠	١٢,٥ – ١٣	١١
حوض ضيق التناظر قياسيا	٢٤	٢٦	٢٨	١٨	١١	٩
الحوض الاعتيادى المفرطح	٢٦	٢٩	٣١	١٨	١١	٩
الحوض الاكسح المسطح	٢٦	٢٦	٣١	١٧	١٠	٨
الحوض المنقبض	٢٤	٢٥	٢٧	١٦	٩	٧

الاشكال النادرة من الحوض الضيق . ان الاحواض المائلة – المختلطة المائلة – المنقبضة ، الضيقة عرضا ، القمعية والاشكال الأخرى تشاهد بصورة نادرة نسبيا . فينشأ الحوض المائل المختلط على أساس التهاب سابق فى مفصل الفخذ أو مفصل الركبة، حيث تدوس المريضة على ساقها السليمة فقط .

ويجرى بصورة تدريجية تقّعر منطقة الحوض ، التى تناسب مفصل الفخذ السليم ، ويصبح نصف الحوض من جهة المفصل السليم أضيق (شكل ٦٤) .

ينشأ الحوض المائل المنقبض بناء على نقص أحد جناحي عظم العجز . وينشأ ، عند نقص نمو كلا جناحى العجز الحوض الضيق عرضا (شكل ٦٥) .

ومن الاشكال النادرة للاحواض غير الصحيحة ، الحوض الانزلاقى . وهو يتكون نتيجة للانزلاق الجزئى للفقرة القطنية V من العجزية I ، ويتدلى العمود الفقرى القطنى البارز الى الأمام ، فوق العجز ويضيق مدخل الحوض (شكل ٦٦) . ويشكل الحوض المنجسر (الرخودى) ندرة كبيرة للغاية – (شكل ٦٧) .

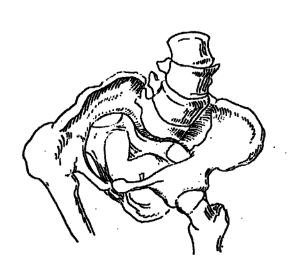
تصنيف الأحواض الضيقة حسب درجة الضيق . لمعرفة درجة ضيق الحوض ينبغى معرفة طول القطر الحقيقى ، ويجرى تحديد الأخير عن طريق الحسم من البعد القطرى والخارجى .

وتعرف أربع درجات من الضيق .

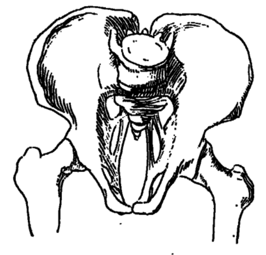
الدرجة الأولى من الضيق – القطر الحقيقى أقل من ١١ سم ولا يقل عن ٩ سم . وتنتهى

الولادة عند الدرجة الأولى من الضيق فى اكثر الاحوال بصورة تلقائية . غير انه توجد صعوبات ، خاصة عندما يكون القطر الحقيقى قريبا من ٩ سم .

الدرجة الثانية من الضيق — القطر الحقيقى ٩ — ٧٫٥ سم . ان ولادة الجنين التام ، عند الدرجة الثانية من الضيق ، ممكنة ، غير أنه من غير النادر أن تنشأ صعوبات وعراقيل ، تعتبر أسبابا تستدعى القيام بالتوليد الجراحى . وكلما كان طول القطر قريبا من ٧.٥ سم ، كلما نشأت اكثر ، العراقيل لانتهاء الولادة تلقائيا .



شكل ٦٤ . حوض منحرف متزحزح



شكل ٦٥ . حوض متقبض عرضا

الدرجة الثالثة من الضيق — القطر الحقيقى ٧٫٥ — ٦ سم . ان ولادة الجنين التام عبر طرق الولادة الطبيعية مستحيلة . ففى حوض كهذا لا يتسنى انتشال الجنين بمساعدة الملاقط المهبلية وخلع الجنين من النهاية الحوضية . ان انتشال الجنين عبر الطرق الطبيعية للولادة هو أمر ممكن فقط بمساعدة عمليات تفتيت الجنين . وان الحصول على الجنين حيا ممكن فقط عند اجراء العملية القيصرية .

الدرجة الرابعة من الضيق — القطر الحقيقى ٦ سم وأقل . ان التوليد عبر الطرق الطبيعية للولادة مستحيل حتى بعمليات تفتيت الجنين ، فالحوض ضيق الى حد ، بحيث لا يمكن انتشال الجنين عبره حتى على أجزاء . فالطريقة الوحيدة للتوليد هى العملية القيصرية . وعندما يكون الحوض بالدرجة الرابعة من الضيق يسمى بالحوض الضيق المطلق

ان التصنيف الحالى يحدد درجة ضيق الحوض من الناحية التشريحية . وان حساب الضيق

التشريحى يسمح لدرجة ما بالتنبؤ ، هل سيكون الحوض الحالى ضيقا من الناحية السريرية . ان الحوض الضيق تشريحيا يعد دائما عند الدرجة الثالثة والرابعة ، حوضا ضيقا من الناحية السريرية ، وذلك لأن ولادة الجنين التام عبر الطرق الطبيعية أمر غير ممكن . ولهذا يلزم فى الاوقات المبكرة من الحمل اجراء الاجهاض. ويجرى اذا أبدت المرأة رغبتها فى الحصول على طفل ، القيام بالعملية القيصرية فى نهاية الحمل او بداية الولادة .



شكل ٦٦ . حوض انزلاقى

شكل ٦٧ . حوض منحسر

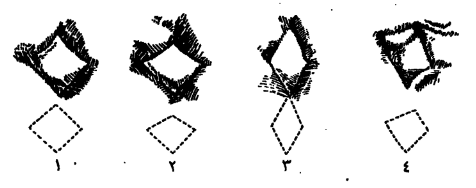
ويمكن أن يكون الحوض الضيق تشريحيا ، عند الدرجة الاولى والثانية من الضيق ، حوضا ضيقا من الناحية السريرية (الوظائفية) أو كافيا (الدرجة I) لمرور الجنين مما يتوقف على حجم الجنين ، قدرة الرأس على التكيف ، ونشاط قوى الولادة وغيرها .

اكتشاف ضيق الحوض

ان معرفة ضيق الحوض فى حينه ، يساعد على تجنب الاختلاطات التى كثيرا ما تنشأ أثناء الولادة ، وأحيانا فى نهاية الحمل . فيقترح على المرأة ، عند ضيق الحوض الشديد ، الاجهاض فى الحين أو تحذر بضرورة العملية القيصرية . وترسل الحوامل اللاتى لديهن ضيق الحوض قبل ٢ ـ ٣ أسابيع من الولادة الى مستشفى يديره طبيب .

ويتم وضع تشخيص ضيق الحوض ، على أساس التعرف على سوابق الحامل ، ومعاينة الجسم ، وقياس الحوض والفحص المهبلى .

ومن بين السوابق تحتل الاشارة الى الكساح (تأخرت فى المشى ، وتأخر الاسنان فى شق طريقها وغيرها) ، وسل العظام والمفاصل ، والطفالة ، وكسور عظام الحوض والأطراف السفلى وغيرها أهمية خاصة . وللمعلومات القبالية عن الحامل أهمية كبيرة فى تقييم الحوض لدى متعددات الولادة . واذا كانت لدى صاحبة الحوض الضيق ولادة طبيعية فى السابق ، فمن المؤمل بأن لا يكون الحوض الحالى عقبة لطرد الجنين فى هذه الولادة . ان السوابق القبالية (ولادة شديدة فى السابق ، عمليات قبالية ، ولادات ميتة وغيرها) تسمح باقرار وجود ليس فقط حوض ضيق تشريحيا بل وسريريا . وتعطى معاينة الجسم دلائل هامة على ضيق الحوض .



شكل ٦٨ . المعين فى الاحواض الضيقة

١ — حوض طبيعى ، ٢ — حوض مسطح كساحى ، ٣ — حوض متناظر الضيق قياسيا ، ٤ — حوض ضيق منحرف

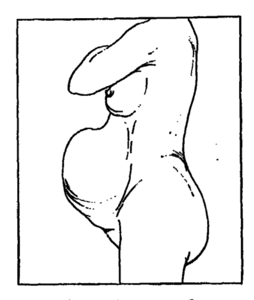
وان قصر القامة ، أعراض الطفالة ، تغيرات كساحية فى العمود الفقرى ، قسط مفصل الركبة وخلوعه تسمح بالتكهن بوجود ضيق الحوض .

ولشكل معين ميخائيليس أهمية فى تشخيص ضيق الحوض . فالمعين صحيح الشكل عند الحوض الطبيعى ، ويكون النصف العلوى من المعين عند الحوض المسطح الكساحى أصغر من السفلى ، ولمنطقة المعين عند التشوه الكساحى الشديد للحوض شكل مثلث تقريبا . ففى الحوض متناظر الضيق قياسيا يكون المعين ممدودا فى الطول ، وتكون الزاويتان العليا والسفلى منه حادة ، والجانبية منفرجة (شكل ٦٨) .

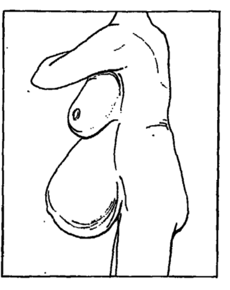
ويتغير لدى الضيق الشديد للحوض شكل بطن الحامل . ولا يستطيع الرأس ان يستقر فى نهاية الحمل فى مدخل الحوض (نتيجة لضيق الأخير) ويقع قبل الولادة عاليا فوق المدخل . ولهذا لا يهبط ، فى نهاية الحمل ، قعر الرحم . ولا يقل حجم الرحم النامى فى البطن (الذى يكون أقصر وبحجم غير كبير) ويحيد عن المراق الى الاعلى والأمام . وتتكون لدى الحوامل

لأول مرة ، اللاتى لهن جدار بطن مرن ، بطون مدببة الطرف (شكل ٦٩) ، ولدى متعددات الولادة — بطون مترهلة (شكل ٧٠) . ويعار الانتباه عند المعاينة ، الى سمك العظام ، مما يسمح بصورة غير مباشرة ، الحكم على سمك عظام الحوض . ولهذا الغرض يجرى قياس حجم المفصل الكعبرى — الرسغى (دليل سولوفيوف) . وان حجم هذا المفصل ، ان زاد عن ١٤ سم ، فهو يدل على ضخامة عظام العمود الفقرى ، ومن ضمنها الحوض .

ولقياس الحوض أهمية خاصة . فان أبعاد الحوض الكبير تعطى صورة معينة عن حجم الحوض الصغير . ومما يعطى اشارة ادق عن درجة الضيق هو البعد القطرى . ولهذا فان قياس



شكل ٦٩ . بطن حاد النهاية



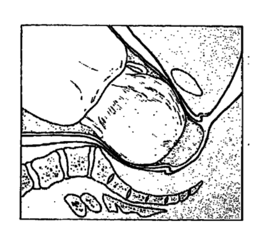
شكل ٧٠ . بطن متدلى

البعد القطرى لدى جميع الحوامل والماخضات يعتبر أمرا إلزاميا . ولأجل ذلك يتم اجراء الفحص المهبلى ، الذى يستوضح فيه ما اذا كانت هنالك غلاظة فى العجز وغيرها من تشوهات الحوض، ويتم تحديد سعة الحوض تقريبا ، ويجرى تحسس الطنف ، وان كان سهل المنال بالاصبع ، يتم قياس البعد القطرى .

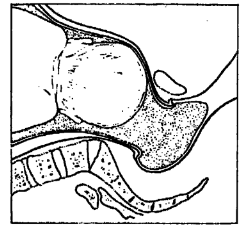
واذا ما نشأ شك بوجود ضيق فى مخرج الحوض ، يتم قياس بعديه المستقيم والعرضى . ومن المهم للتنبؤ بنتيجة الولادة معرفة ليس فقط أبعاد الحوض ، بل وكذلك حجم الجنين داخل الرحم . ولهذا الغرض يتم عبر جدار البطن ، قياس طول الجنين والبعد الجبينى — القذالى للرأس بواسطة آلة قياس الحوض .

سير الحمل عند ضيق الحوض

يجرى النصف الأول من الحمل عند ضيق الحوض بصورة طبيعية . وكثيرا ما يلاحظ فى النصف الثانى من الحمل التسمم الحملى المتأخر . فلا يستقر الرأس فى نهاية الحمل فى المدخل الضيق للحوض ، ويقف عاليا زائحا الى الأعلى الحجاب الحاجز وقعر الرحم . ونظرا لذلك ينشأ عند الحوامل عسر التنفس ، تسرع ضربات القلب ، والتعب .



شكل ٧١ . يلج الرأس مدخل الحوض عندما يكون الحوض طبيعيا ويقسم المياه الى أمامية وخلفية



شكل ٧٢ . يقف الرأس طويلا فوق مدخل الحوض ، عند ضيق الحوض ، وليست هنالك حدود بين المياه الامامية والخلفية

ان انعدام تثبت الرأس الى مدخل الحوض ، يساعد على اشتداد حركة الجنين . وبناء على ذلك تلاحظ عند ضيق الحوض جيئات حوضية ، وضعيات مستعرضة ومائلة للجنين بصورة اكثر بكثير مما هو عليه عند الحوض الطبيعى . وان تحرك الرأس يساعد على نشوء الجيئات الانتصابية : فتشاهد جيئات الوجه والجبين عند ضيق الحوض بصورة أكثر مما هو عليه عند الحوض الطبيعى . ويلاحظ التركيب اللاتزاملى للرأس ، الذى يساعد على نشوئه تدلى البطن .

فعند وجود رأس متحرك يختفى حزام التماس ، فالمياه الأمامية والخلفية غير مفصولة بعضها عن البعض ، فهى تسعى نحو القطب السفلى لبيضة الجنين (شكل ٧١ و ٧٢) . ولهذا كثيرا ما يلاحظ عند ضيق الحوض خروج المياه قبل الأوان (قبل بدء نشاط الولادة) .

ويجرى تدوين أسماء الحوامل ذوات الاحواض الضيقة . فى قائمة خاصة فى العيادة الاستشارية ، وتجرى مراقبتهن بدقة . ويلزمن فى النصف الثانى من الحمل بحمل الرباط البطنى . وترسل القابلة المرأة الى الطبيب عند حيد مجرى الولادة عن السير الطبيعى لها . وقبل ٢ ــ ٣ اسابيع من الولادة ترسل الحامل الى المستشفى الذى يكون فيه طبيب .

ويتم اللجوء ، عند الحاجة ، الى الفحص بأشعة رونتجن ، الذى يسمح بتحديد الأبعاد الرئيسية للحوض وتوافقه مع حجم الرأس المتقدم من الجنين .

سير الولادة عند ضيق الحوض

ان ولادة الجنين التام ، عند الدرجة الثالثة والرابعة من ضيق الحوض أمر مستحيل . وبدون التدخل الجراحى فى الحين تموت الأم والجنين من جراء تمزق الرحم ، والعدوى التسممية أو المضاعفات الأخرى . وتتوقف نتيجة الولادة ، عند الدرجة الاولى والثانية من ضيق الحوض ، الى حد كبير على حجم ، وضع وجيئة الجنين ، وقدرة الرأس على التكيف والتركب وشدة قوى الولادة . وتجرى الولادة ، عند الاقتران المواتى للظروف المذكورة ، بصورة طبيعية ، لا سيما عند الدرجة الاولى من ضيق الحوض . واذا لم يتفق حجم الرأس وأبعاد الحوض ، حيث توجد وضعية وجيئة غير صحيحة تحدث اختلاطات جدية للولادة ، تهدد حياة الأم والجنين . وتلاحظ الاختلاطات ، عند الدرجة الثانية اكثر من الدرجة الأولى .

وكثيرا ما يلاحظ ، عند ضيق الحوض ، الخروج المبكر للمياه المحيطة بالجنين جراء وقوف الرأس عاليا وعدم وجود فاصل بين المياه الأمامية والخلفية . ويمكن أن يسقط فى المهبل ، فى لحظة خروج المياه ، الحبل السرى أو يد الجنين . فاذا لم تقدم المساعدة فى الحين ، ينحصر الحبل السرى بواسطة الرأس الى جدار الحوض ويموت الجنين مختنقا . فتزيد اليد الساقطة الضيق الموجود بلا ذلك للحوض وتخلق عقبة اضافية لطرد الجنين .

ان خروج المياه المبكر وقبل الأوان يبطىء عادة عملية انفتاح عنق الرحم . فتكون تقلصات الرحم مؤلمة ، والدور الأول من الولادة مطول (« ولادة جافة ») . وتنفذ ، عند الفترة الطويلة الخالية من المياه ، الميكروبات من المهبل الى جوف الرحم وتستطيع أن تسبب التهاب الغشاء الساقط (إلتهاب بطانة الرحم فى الولادة) والاغشية الأخرى لبيضة الجنين . فترتفع لدى المرأة الحرارة ، ويتسرع النبض ، وتظهر الافرازات العكرة المصحوبة برائحة .

وكثيرا ما يلاحظ ، عند ضيق الحوض ، شذوذ قوى الولادة . فيكون ، لدى النساء المصابات بالطفالة واللاتى كانت لديهن فى السابق ولادات صعبة وأمراض النفاس ، ضعف قوى الولادة : فتكون تقلصات الرحم ضعيفة ونادرة منذ بدء الولادة (ضعف قوى الولادة الأولى) أو ان يكون فى البداية نشاط ولادى جيد وبالنتيجة يضعف (ضعف قوى الولادة الثانوى) .

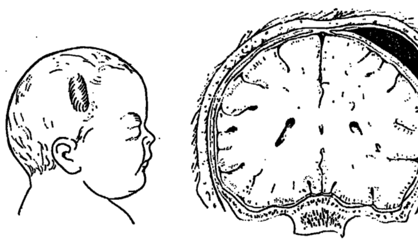
أكثر ما يحدث من عراقيل عند ضيق الحوض هو فى دور الطرد . فيقف الرأس طويلا فوق مدخل الحوض الصغير ، فيكون فى البداية متحركا ، ثم يلتصق بالمدخل ويتركب تدريجيا فقط بفلقتة الصغيرة ، اذا لم يكن عدم توافق بين حجمه وابعاد الحوض . ويتعرض الرأس الى مدخل الحوض ، بفعل النشاط الولادى المتزايد ، الى التنسيق الشديد . فيجرى فى عملية التناسق تكيف الرأس الى هذا الشكل من ضيق الحوض ، مما يساعد على مروره عبر طرق الولادة .

ان دور الطرد يكون عادة مطولا ، فطرد الجنين عبر حلقة الحوض الضيقة يتطلب تقلصات ذات قوة عالية ومخاض شديد . وقد يظهر عند وجود عراقيل للطرد نشاط ولادى عاصف وتمطى الفلقة السفلى من الرحم بصورة مفرطة . وقد يتمزق الرحم ان لم يكن هنالك توافق بين الرأس والحوض وقد يظهر عند بعض الماخضات ، بعد النشاط الولادى العاصف ، ضعف قوى الولادة الثانوى ، فينقطع المخاض ، ويموت الجنين ، وينشأ التهاب بطانة الرحم فى الولادة ، ومن ثم الامراض التسممية الاكثر شدة .

ويمكن ان تنشأ ، عند وجود صعوبات فى طرد الجنين ، اختلاطات اخرى ، خطرة على الأم والجنين . فعند وقوف الرأس لفترة طويلة فى المدخل او فى تجويف الحوض ، يتم انحصار الأنسجة اللينة لطرق الولادة بين عظام الحوض والرأس . وتنحصر عدا عنق الرحم والمهبل ، المثانة وقناة مجرى البول من الأمام ، والمستقيم من الخلف . وان حصر الأنسجة اللينة يؤدى الى اختلال الدورة الدموية فيها ، فيزرق عنق الرحم ويخزب ، ويجرى ازرقاق وخزب جدران المثانة ، ويليها المهبل والاعضاء التناسلية الخارجية ، وبالنظر لانحصار قناة مجرى البول والمثانة ينقطع التبول . ويحل نتيجة لاختلال الدورة الدموية المستمر موت الأنسجة . فتنسلخ الاجزاء الميتة فى اليوم ٥ — ٧ من الولادة وتتكون النواسير التناسلية — البولية أو المستقيمية — المهبلية . ويعتبر خزب الرحم وصعوبة التبول دليلا على انحصار الأنسجة ، وان اختلاط الدم مع البول — هو علامة خطرة ، تشير الى احتمال تكون الناسور . ومن الممكن انحصار الاعصاب مما يؤدى فيما بعد الى شلل عضلات الرجل . وتحدث عند مرور الرأس بصعوبة كبيرة عبر

الحوض ، أحيانا أصابة المفصل العانى ، فيظهر لدى النفساء الألم عند حركة الرجلين ، واختلال المشى ، وان جس الارتفاق يؤذى ، ويحس بوجود شق فى منطقة المفصل . وأعراض كهذه تظهر أحيانا أثناء الحمل بالنظر لليونة الغضروف وأربطة مفصل العانة بصورة مفرطة والتى تعود الى اختلال التمثيل .

وكثيرا ما تلاحظ ، عند ضيق الحوض ، اختلاطات من ناحية الجنين . فالولادة المستمرة الطويلة وشذوذ قوى الولادة ، الذى يلاحظ بكثرة تستطيع أن تسبب اختلال الدورة الدموية للرحم — المشيمة واختناق الجنين داخل الرحم . وتنشأ على ضوء الاختناق انسكابات الدم فى



شكل ٧٣ . ورم دموى دماغى

شكل ٧٤ . تقعر عظام الجمجمة
(الولادة عند ضيق الحوض)

المخ والاعضاء الأخرى للجنين . فيزداد الانسكاب فى المخ عند انحصار الرأس بشدة وتحول عظام الجمجمة بشدة فى منطقة الدروز . ويمكن أن يحدث ، على ضوء تمزق الأوعية ، انسكاب الدم تحت سمحاق أحد العظمين الجداريين او كليهما (ورم دموى دماغى) (شكل ٧٣) . ويتكون عادة ورم ولادى كبير ، واحيانا نقر وفطور عظام الجمجمة (شكل ٧٤) .

ويمكن ، عند اخراج حزام الكتف ، اصابة عظم الترقوة أو اليد بالكسور .

ان الولادات الميتة ، موت الأطفال المبكر ونسبة أمراض النفاس تكون ، فى الحوض الضيق ، أعلى منها فى حالة الحوض الطبيعى .

ومن الضرورى الاشارة ، الى أن الاختلاطات المذكورة عند ضيق الحوض لا مكان لها فى أحوال كثيرة أو أنها تكون غير شديدة . واذا لم يكن بين الرأس والحوض توافق أو أنه

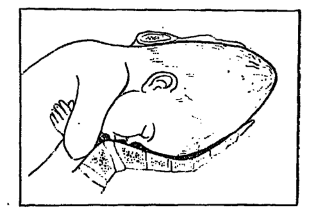
غير هام ، تنتهى الولادة تلقائيا . ومما يساعد على التوليد بصورة تلقائية هى الآلية الخاصة للولادة للاشكال المختلفة من ضيق الحوض . ويتكيف الرأس المتناسق عن طريق تقدمه ودورانه المتتابع ، وفق هذا الشكل من ضيق الحوض ويمر عبر مدخل وتجويف ومخرج الحوض .

آلية الولادة عند ضيق الحوض

تختلف آلية الولادة فى حالة الأحواض الضيقة ، عن آلية الولادة ، النموذجية بالنسبة للحوض الطبيعى . وتتم الولادة بدورها ، عند الاشكال المختلفة من ضيق الحوض ، حسب ميكانيكية طبيعية خاصة بهذا الشكل من الضيق .

آلية الولادة عند الحوض متناظر الضيق قياسيا . يلاقى الرأس فى الحوض متناظر الضيق قياسيا مقاومة متساوية من جميع الجهات . ويجرى التغلب على هذه المقاومة ، بحيث يتم انحناء الرأس بشدة ويدخل الحوض بأصغر بعد له ، والذى يمر من الهامة الى حفرة تحت القفا . وهذا البعد (distantia suboccipitoparietale) أقل من البعد المائل الصغير ، الذى يتم بمقطعه تركب الرأس عند الآلية الطبيعية للولادة .

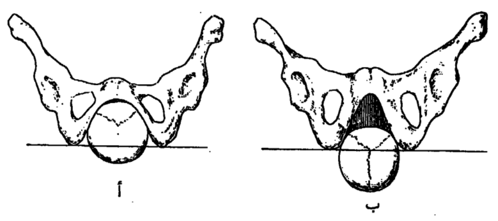
وهكذا فان الميزة الأولى لآلية الولادة عند الحوض متناظر الضيق قياسيا تعد الانحناء الشديد للرأس (شكل ٧٥) ، ويقترب اليافوخ الصغير ، فى هذه الحالة ، من المركز الهندسى للحوض .



شكل ٧٥ . ولوج الرأس عند الحوض متناظر الضيق قياسيا (انحناء شديد وتناسق عنيف)

وتنحصر الخاصية الثانية فى كون الدرز السهمى للرأس ، الداخل الى الحوض يقع دائما فى أحد الأبعاد المائلة للمدخل . فيمر البعد العرضى الكبير للرأس عبر البعد المائل للحوض ، الذى هو أطول من البعد المستقيم . ويهبط ، الرأس المنحنى بشدة الى تجويف الحوض ، تدريجيا ويقوم فيما بعد بنفس الحركات التى تتم عند الآلية الطبيعية للولادة : دوران داخلى ، انتصاب ودوران خارجى . ويقتصر الفرق فقط على أن جميع الدورانات تتم بصورة بطيئة نسبيا ، مع صرف جهد أكثر للماخض .

وعند المرور عبر مخرج الحوض ، لا تستطيع منطقة حفرة تحت القفا الاقتراب من الارتفاق مباشرة من جراء ضيق زاوية العانة (شكل ٧٦) . ولهذا يسعى الرأس باتجاه العجان بدرجة اكثر مما هو عليه فى الحوض الطبيعى ، وتتمطى أنسجة العجان بصورة اكثر ، وان لم تقدم المساعدة ، يتم تمزق العجان بصورة عميقة . ويكون رأس الجنين المولود ممدودا باتجاه القذال ، ويتكون فى منطقة اليافوخ الصغير ورم ولادى كبير .



شكل ٧٦ . اختراق الرأس عند الحوض متناظر الضيق قياسيا

أ — حوض طبيعى ، ترتكز منطقة حفرة ما تحت القذال فى القوس العانى ، ب — حوض متناظر الضيق قياسيا ، الزاوية الحادة للقوس العانى لا مكان فيها للقذال ، وينحرف الرأس الى الوراء ويمدد العجان بشدة

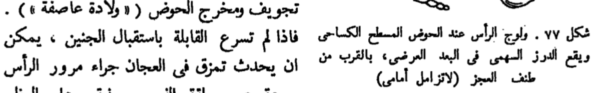
آلية الولادة فى الحوض المسطح الكساحى . ان خصائص آلية الولادة تعود الى ضيق البعد المستقيم لمدخل الحوض .

الخاصية الأولى لآلية الولادة — وقوف الرأس بدرزه السهمى فى البعد العرضى للحوض ، عاليا لمدة طويلة . فيستطيع الرأس ، من جراء ضيق المدخل ، المكوث فى الوضعية المذكورة لساعات عديدة حتى وان كان هناك نشاط ولادى جيد .

الخاصية الثانية — انتصاب غير كبير للرأس يقع بنتيجته اليافوخ الكبير أسفل الصغير . وعند انتصاب كهذا ، سيمر الرأس عبر أصغر بعد له — القطر الحقيقى — بواسطة البعد العرضى الصغير (٨,٥ سم) . ويحيد البعد العرضى الكبير (٩,٥ سم) الى الجهة ، التى يكون فيها فراغ اكثر .

الخاصية الثالثة — دس الرأس اللاتزاملى (شكل ٧٧) . يلاحظ عادة اللاتزامل الأمامى ، وبدرجة أقل الخلفى . فيرتكز ، عند اللاتزامل الأمامى ، العظم الجدارى الخلفى على الطنف

البارز الى الأمام ، ويتوقف فى هذا المكان ، أما العظم الجدارى الأمامى فيهبط تدريجيا الى تجويف الحوض . ويقف الدرز السهمى ، فى هذه الحالة ، بالقرب من الطنف ، فيكون اليافوخ الكبير أسفل الصغير ، ويبقى الرأس فى مدخل الحوض ما لم يتم تكيفه الشديد . وبعد ذلك ينزلق العظم الجدارى الخلفى عن الطنف، فيزول اللاتزامل ، وينحنى الرأس ، وتجرى فيما بعد آلية الولادة كذلك كما فى المنظر الأول لجيئة القذال (دوران داخلى ، انتصاب ، دوران الرأس الخارجى) .



شكل ٧٧ . ولوج الرأس عند الحوض المسطح الكساحى ويقع الدرز السهمى فى البعد العرضى، بالقرب من طنف العجز (لاتزامل أمامى)

وبعد أن يمر الرأس عبر المدخل الضيق للحوض، يتم طرد الجنين بسرعة كبيرة جدا، لأن أبعاد تجويف الحوض طبيعية أو أنها أكبر ، أما مخرج الحوض فيكون أوسع . ويلاحظ أحيانا بعد بقاء الرأس فى مدخل الحوض طويلا ، مرور الرأس بسرعة فائقة عبر تجويف ومخرج الحوض (« ولادة عاصفة ») . فاذا لم تسرع القابلة باستقبال الجنين ، يمكن ان يحدث تمزق فى العجان جراء مرور الرأس بسرعة عبر حلقة الفرج . فيقع على العظم الجدارى المتقدم للرأس المولود ، ورم ولادى كبير ، ويمكن أن يكون الرأس معوجا ، فنلاحظ على العظم الجدارى الخلفى أحيانا انخفاضات جراء الانضمام الطويل الى الطنف .

آلية الولادة عند الحوض المسطح البسيط . يدخل الرأس فى المدخل كذلك كما فى الحوض المسطح الكساحى ، ويهبط فيما بعد الى تجويف الحوض ويولد على طراز جيئة القذال . غير أنه كثيرا ما لا يحدث الدوران الداخلى للرأس ، لان الأبعاد المستقيمة للتجويف ومخرج الحوض أقصر مثل البعد المستقيم لمدخل الحوض . ويبلغ الرأس تجويف الحوض ، وأحيانا حتى يصل قعره ، اما الدرز السهمى فيقع فى البعد العرضى للحوض . وتسمى هذه الخاصية لآلية الولادة بالوضع المستعرض المنخفض للرأس . ويدور الرأس على قعر الحوض ، فى بعض الاحوال ، بقفاه الى الأمام ويولد تلقائيا . واذا لم يحصل الدوران ، فتحدث الاختلاطات (ضعف قوى الولادة الثانوى ، اختناق الجنين) ، التى تتطلب الجراحة .

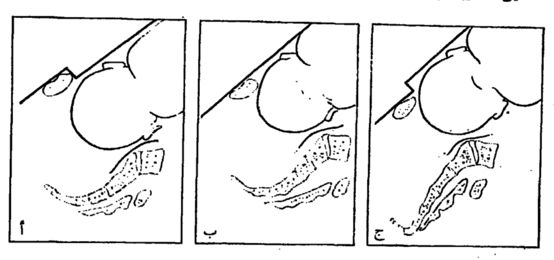
تجرى آلية الولادة ، فى الحوض المسطح الضيق على العموم ، على طراز الولادة عند الحوض متناظر الضيق قياسيا والحوض المسطح . وهذا يتوقف على سيادة الخصائص الرئيسية لهذا الحوض او ذاك . ومن الضرورى الاشارة الى ان سير الولادة ، عند الحوض المسطح الضيق على العموم ، يكون كقاعدة ، شديدا .

التوليد عند الحوض الضيق

من الضرورى القيام بالتوليد لدى النساء ذوات الحوض الضيق ، فى المستشفيات باشراف طبيب . وهذه الضرورة متأتية من أنه قد تحدث فى مجرى الولادة اختلاطات مختلفة ، يتطلب عندها التوليد الجراحى ، فالقابلة تقوم تحت اشراف الطبيب بالمراقبة الدائمة للماخض وتستلم الولادة اذا كان انتهاؤها يتم تلقائيا . ويجرى القيام ، عند الدرجة الثالثة والرابعة من الضيق ، بالعملية القيصرية عند بدء دور الانفتاح أو فى نهاية الحمل . ويتم، عند الدرجة الثانية والثالثة من الضيق، تأمل وانتظار الولادة ومراقبة حركيتها وحالة الأم والجنين بانتباه. ويلجأ الى التدخل الجراحى فقط عند نشوء هذه الاختلاطات أو تلك الخطرة على الأم أو الجنين ، وذلك لأن نتيجة الولادة لا تتوقف على أبعاد الحوض ، بل وكذلك على شدة التقلصات والمخاض ، وحجم الجنين وقابلية الرأس على التكيف وغيرها من العوامل . وأثناء الولادة فقط تتم معرفة ما اذا كان هذا الحوض الضيق تشريحيا ضيقا ام طبيعيا من الناحية الوظائفية .

ويجرى فحص الماخض بدقة عند الدخول الى المستشفى . فتستوضح السوابق العامة والقبالية ، وتتم المعاينة ، وتفحص الاعضاء الداخلية فيقاس الحوض بدقة ، وتتم معاينة المعين القطنى — العجزى ، ويقام بالفحص المهبلى . ولكى يتم تجنب خروج المياه المبكر ، توضع الماخض فى الفراش وتنصح بالاستلقاء على ذلك الجنب ، الذى يتوافق مع القذال . ان وضعية كهذه تساعد على هبوط القذال والاحتفاظ بالمياه . ويتم بعد خروج المياه القيام بالفحص المهبلى مكررا ، لكى تتم معرفة ما اذا كان قد سقط الحبل السرى أم اليد . وان الولادة ، عند ضيق الحوض ، طويلة نوعا ما ، فتتعب الماخض ، وتقل مقاومة الجسم ، ولهذا يجب اطعام الماخض بالطعام المغذى والسهل الهضم . ومن الضرورى مراقبة البول بانتباه وغسل الاعضاء التناسلية الخارجية . ويجرى عند صعوبة التبول التنبيب بمسبر من المطاط مع اتباع القواعد الصحية . وتوصف ، عند ضعف قوى الولادة ، الأدوية المقوية للنشاط التقلصى للرحم . وتمنح

الماخض ، اذا كانت متعبة ، الراحة ، ولهذا تحقن بـ ١ — ٢ مليلتر من محلول البروميدول المركز بنسبة ١٪ تحت الجلد أو ١ — ١٫٥ مليلتر من محلول البانتوبون المركز بنسبة ١٪ أو يجرى تخدير الماخض لمدة ٢٥ — ٣٠ دقيقة بالأثير . وبفعل هذه المواد تغفو الماخض لوقت معين ، ويبدأ بعد الاستراحة عادة نشاط ولادى شديد .



شكل ٧٨ . عرض فاستين

أ — عرض فاستين سالب (توافق بين أبعاد الحوض والرأس) ، ب — عرض فاستين على مستوى واحد (عدم توافق غير ذى شأن بين أبعاد الحوض والرأس) ، ج — عرض فاستين موجب (عدم توافق واضح بين أبعاد الحوض والرأس)

وينصح اذا لوحظ ضعف المخاض ، الذى يعود الى تهدل البطن ودقة جدار البطن ، باستعمال رباط « فيربوف » عند عدم وجود توافق بين الحوض والرأس .

واذا نشأ ، فى دور الطرد ، نشاط ولادى عاصف ، دقة وتمطى الفلقة السفلى بشكل مفرط ، ووقوع حزام التماس عاليا ، يلتجأ الى التخدير العميق بالأثير (او يحقن مليلتر واحد من محلول المورفين بتركيز ١٪) ؛ أما فى الحالة المعاكسة فيمكن أن يحدث تمزق الرحم . وبفعل تأثير التخدير ينقطع النشاط الولادى التشنجى ، ويزول خطر تمزق الرحم ، وينهى الطبيب الولادة بطريقة جراحية . وتقوم القابلة بمراقبة الجزء المتقدم ؛ هل يقع فوق مدخل الحوض ام أنه يهبط تدريجيا فى تجويف الحوض . ويتسنى الحصول على فكرة عن التوافق او عدم التوافق بين أبعاد الحوض والرأس . ويسمح عرض فاستين (شكل ٧٨) ، عدا الطرق المعتادة فى فحص الجزء المتقدم ، بالحكم على هذا التوافق .

ويتحدد عرض فاستين ، بعد تثبت الرأس فى مدخل الحوض . يوضع كف اليد الفاحصة

على سطح الارتفاق ويتم التزحلق الى الأعلى ، الى منطقة الرأس المتقدم . فاذا كان السطح الأمامى من الرأس يقع فوق مستوى الارتفاق ، فهنالك اذن عدم توافق بين الحوض والرأس (عرض فاستين موجب) ، والولادة لا يمكن ان تتم تلقائيا . ويقع السطح الأمامى من الرأس ، عند وجود عدم توافق غير هام ، على مستوى واحد مع الارتفاق (عرض فاستين على مستوى واحد) . ويمكن ان تكون نتيجة الولادة ، فى أحوال كهذه ، مزدوجة : فاذا كان النشاط الولادى فعالا والرأس يتكيف بصورة جيدة ، فالولادة تنتهى بصورة تلقائية ، وعند ضعف النشاط الولادى ووجود رأس ضخم مرصوص فالولادة لا يمكن ان تنتهى تلقائيا . وعند وجود توافق تام بين الحوض والرأس فان السطح الأمامى للرأس يقع أسفل مستوى الارتفاق (عرض فاستين سالب) وتنتهى الولادة عادة من تلقائها .

فقد اقترح الطبيب تسانغيميستير تحديد وجود ودرجة ارتفاع الرأس فوق العجز عن طريق القياس . ويجرى القياس بآلة قياس الحوض عند وضع الماخض على جنبها . فيقاس فى البداية القطر الخارجى ، ومن ثم ينقل الزّر الأمامى لآلة قياس الحوض من الارتفاق الى أبرز نقطة على الرأس (يبقى الزر الخلفى فى مكانه) . فعند توافق أبعاد الرأس والحوض فان القطر الخارجى يكون أطول بـ ٣ — ٤ سم ، من البعد الواصل بين الرأس وحفرة فوق العجز . فان كان البعد الأخير أطول من القطر الخارجى ، فان بعد الرأس لا يتفق وبعد الحوض . ويدل تساوى طول كلا البعدين على وجود عدم توافق غير شديد : وتكون عاقبة الولادة موضع شك .

من الضرورى على الأخص عند التوليد لدى النساء ، اللاتى لهن حوض ضيق متابعة ضربات قلب الجنين بانتباه . ويجرى القيام بالوقاية ، عند خروج المياه المبكر وقبل الأوان ، وشذوذ قوى الولادة والمضاعفات الاخرى ، من اختناق الجنين . ان تغير ضربات قلب الجنين الراسخ ، وخروج الغائط عند جيئة الرأس يتطلب ضرورة انهاء الولادة بسرعة ، ولهذا الغرض كثيرا ما يجرى ترتيب الملاقط القبالية .

ويقتضى الأمر أحيانا اللجوء الى العملية القيصرية . ويعد عدم التوافق بين الحوض والرأس ، خطر تمزق الرحم أو تكوّن الناسور ، التركب السيء للرأس وبعض الاختلاطات الأخرى ، من الدواعى للقيام بالعملية القيصرية . وعند موت الجنين تجرى عملية تفتيته .

ان القيام بالتوليد عند ضيق الحوض ، يتطلب الصبر الكبير والمهارة العالية ، وللعناية بالماخض والاهتمام اللطيف بها ، والتأثير الجيد على نفسيتها أهمية عظمى . ومن الضرورى استيضاح اختلاطات الحمل فى الحين واتخاذ الاجراءات اللازمة لابعادها .

الباب العاشر

النزيــــف الدموى فى دور الخلاص وفى الساعات الأولى من الولادة

النزيف الدموى فى دور الخلاص

تحدث الاختلاطات في دور الخلاص بصورة اكثر مما هو عليه فى دورى الانفتاح والطرد .

ويعد النزف الدموى اكثر وأخطر الاختلاطات فى دور الخلاص .

ويجرى دائما فقدان الدم فى دور الخلاص ، غير أن الماخض لا تفقد عند الانفصال والخروج الطبيعى للمشيمة اكثر من ٢٥٠ مليلتر . فبعد انسلاخ المشيمة يتقلص الرحم . ويحدث فى النتيجة : أ) طرد المشيمة المنفصلة من الرحم ، ب) انضغاط الأوعية الدموية للرحم وانقطاع النزف .

ويتم اذا كان النشاط التقلصى للرحم غير كاف ، اختلال عملية انفصال المشيمة . ولا تنفصل المشيمة بصورة كاملة وانما ينفصل جزء منها فقط. وما لم تنفصل المشيمة بصورة كاملة، فان الرحم لن يتقلص ، وان أوعية الرحم فى منطقة الجزء المنفصل تبقى مفتوحة يسيل منها الدم .

ويحدث النـ زف الدموى كذلك حينما تنفصل المشيمة عن جدار الرحم غير انها تبقى فيه ملقية . وما دامت المشيمة باقية فى تجويف الرحم، فان العضلات لا تتقلص بشكل جيد، ولا تنضغط أوعية المشيمة بدرجة كافية ويستمر فقدان الدم. ويمكن ان يكون تمزق الأنسجة اللينة لطرق الولادة ، عنق الرحم ، المهبل والعجان مصدرا للنزيف الدموى فى دور الخلاص (أنظر الباب الحادى عشر من الجزء الثانى) الا ان النزف الدموى فى دور الخلاص يعود قبل كل شيء الى اختلال عملية انفصال المشيمة عن جدار الرحم وطرده من الرحم . وتتوقف عملية انفصال وخروج المشيمة ، التى تؤدى الى نشوء النزيف ، على أسباب مختلفة ، التى من ضمنها ما يلى :

8*

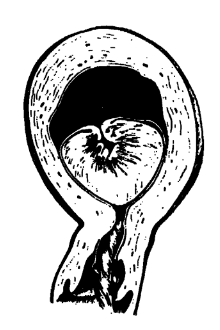
١ — انخفاض توتر الرحم وقدرته على التقلص — انخفاض توتر الرحم .

ويسمى انخفاض توتر الرحم ، فى بعض الكتب العلمية ، بوهن الرحم . ويفهم من الوهن فقدان الرحم للتوتر والقدرة على التقلص بصورة تامة ، وتلاحظ هذه الحالة بصورة أقل بكثير من انخفاض توتر الرحم .

ويمكن ان ينشأ انخفاض توتر الرحم ، الذى يؤدى الى تعوق المشيمة ، فى الاحوال التالية :

أ) امتلاء المثانة والمستقيم .

ب) عدم نمو الرحم بدرجة كافية (الطفالة)، الذى يكون مصحوبا بانخفاض توتر عضلاته .



شكل ٧٩ . انحصار المشيمة عند انقباض المزرد



شكل ٨٠ . تأخر جزء من المشيمة المنفصلة المثبتة فى زاوية البوق

ج) تغيرات فى جدار الرحم (ورم ليفى عضلى ، عواقب التهابات) ، تقلل من قابليته على التقلص .

د) نشاط ولادى شديد للغاية ، يسبب تعب الماخض واستنفاذ توتر الرحم .

٢ — ادارة دور الخلاص بصورة غير صحيحة . يجرى القيام بادارة دور الخلاص بالتريث والانتظار ، وان أية محاولات مصطنعة للاسراع بعملية انفصال المشيمة (السحب من

الحبل السرى ، استثارة الرحم والخ) تسبب اختلال نظام تقلصات الرحم واختلال عملية الانفصال الطبيعى للمشيمة ، أو انحصار المشيمة المفصولة فى مزرد الرحم المتقلص المتشنج (شكل ٧٩) .

٣ - خصائص تثبت المشيمة . ان تثبت المشيمة فى الفلقة السفلى (جيئة المشيمة) أو فى زاوية البوق، كثيرا ما يكون مصحوبا بنزف دموى فى دور الخلاص (شكل ٨٠) . وان سبب النزف الدموى هو اختلال انفصال المشيمة الذى يعود الى أن الأقسام المذكورة من الرحم لا تتقلص بنشاط كاف .

٤ - رسوخ المشيمة . ان الرسوخ الجزئى للمشيمة يسبب النزف الدموى دائما فى دور الخلاص . غير ان الرسوخ الحقيقى للمشيمة يشاهد بصورة نادرة جدا . ويلاحظ فى الغالب الرسوخ « الكاذب » للمشيمة فى جزء ما معين (أنظر الباب الأول من الجزء الثانى) . فينفصل فى أحوال كهذه جزء من المشيمة ، ويبدأ النزف الدموى من أوعية الرحم ، الذى يستمر ما دامت المشيمة باقية فى الرحم .

وسرعان ما ينشأ النزف الدموى حالا بعد ولادة الجنين أو بعد مرور بعض الوقت (نصف ساعة ، ساعة) فى دور الخلاص . ويمكن ان تفقد النفساء خلال وقت قصير ٥٠٠ - ١٠٠٠ مليلتر من الدم واكثر ، ويفوق أحيانا فقدان الدم ١٥٠٠ مليلتر . ويكون النزف عادة خارجيا ، ويسيل الدم كله بحرية من الطرق الجنسية . غير انه عند انقباض المزرد أو عند انسداده بفص من المشيمة او بخثرة يمكن للدم ان يتجمع فى جوف الرحم . وفى أحوال كهذه ينعدم النزف الخارجى ، وتظهر لدى الماخض أعراض فقر الدم الحاد .

ويؤدى النزف الدموى ، فى دور الخلاص ، الى فقر الدم ، الذى تتوقف درجته على مقدار الدم المفقود وعلى الخصائص الذاتية للجسم . وتتحمل بصورة سيئة فقدان الدم خاصة النساء الضعيفات المقاومة واللاتى كان ضغطهن قبل الولادة منخفضا .

ويسبب فقدان الدم شحوب الجلد والاغشية المخاطية الرئية ، انخفاض الضغط الدموى الشريانى ، تسرع النبض ، الدوار ، طنين فى الأذنين ؛ ويصبح النبض ، عند فقدان كمية كبيرة من الدم ، خيطيا ، ويهبط الضغط الشريانى ، وينشأ سوء التنفس ؛ ويمكن ان تموت المرأة اذا لم تقدم لها المساعدة المستعجلة .

وتتلخص الوقاية من النزف الدموى فى دور الخلاص قبل كل شيء باتباع قواعد ادارة هذا الدور من الولادة ، بصورة صحيحة (أنظر الباب التاسع من الجزء الاول) . ومن الضرورى

المراقبة الدقيقة للحالة الصحية للماخض ، وكمية الدم المفقودة ، وتفريغ المثانة ، ولا يجوز اثارة الرحم ، والسحب من الحبل السرى ، ما دامت المشيمة فى جوف الرحم . ويمنع اعطاء الايرغوتين والسيورين اللذين يسببان تشنج الرحم . ويمكن ، فى الحالات التى يمكن فيها توقع حدوث نزيف دموى غزير ، بعد ولادة الجنين (استسقاء ، توأمان الخ) ، حقن مليلتر واحد من البيتوترين (اذا لم يكن الضغط الشريانى مرتفعا عند الماخض) ، الذى يسبب تقلص الرحم بصورة منتظمة ، أو حقن الاوكسيتوتسين .

العلاج . من الضرورى اتخاذ الاجراءات اللازمة فورا لايقاف النزف ومكافحة فقر الدم . ان تقلص الرحم وانقطاع النزف يمكن الوصول اليهما بعد اخلاء الرحم فقط . ولهذا ينبغى اخراج المشيمة بسرعة وبمهارة من الرحم . فاذا انفصلت المشيمة ، يتم اخراجها بالطرق الخارجية . ويمكن ان تكون الطرق الخارجية عديمة الجدوى اذا كانت المشيمة غير منفصلة ، ولهذا يترتب اخراجها باليد ، المولجة فى جوف الرحم .

وعند حدوث النزيف الدموى ، ينبغى التأكد ، فورا من أعراض انفصال المشيمة . فاذا كانت منفصلة (أعراض الانفصال ايجابية) يتم اخراجها حالا بطريقة «أبولادزى» أو « كريدى » (أنظر الباب التاسع من الجزء الاول) .

وعند عدم وجود علامات انفصال المشيمة، يجرى القيام بمحاولة عصر المشيمة بطريقة « كريدى » بالتخدير . ويتوقف عدم نجاح استخدام طريقة « كريدى » أحيانا على انقباض مزرد الرحم، الذى يعرقل خروج المشيمة المنفصلة . ويزيل التخدير فى حالات كهذه الانقباض ، ويتيسر عصر المشيمة . فاذا لم تفلح طريقة « كريدى » بالنجاح ، تستعمل الطريقة اليدوية لاخراج المشيمة .

ولا تستعمل القابلة التى تعمل تلقائيا التخدير ، فهى تلجأ الى الطريقة اليدوية لاخراج المشيمة حالا بعد فشل محاولة العصر بطريقة « كريدى » بدون تخدير .

الفصل اليدوى للمشيمة واخراجها

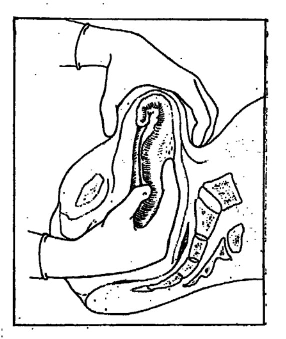
ان ادخال اليد فى باطن الرحم لغرض فصل المشيمة واخراجها (او أجزائها المتبقية فى الرحم) يشكل دائما خطورة من حيث انتقال العدوى . وتقع بالتأكيد ميكروبات الفرج والمهبل على جلد اليد المولجة فى الرحم ، وتنفذ الميكروبات المنقولة الى الرحم بواسطة اليد الى الاوعية الدموية الممزقة والطرق اللمفاوية للسطح الداخلى من الرحم ، الذى هو عبارة عن

سطح واسع من الجروح . ونتيجة لذلك كثيرا ما تنشأ ، بعد فصل المشيمة وفحص الرحم باليد امراض النفاس التسممية . ولهذا فالقيام بهذا التدخل الخطير يتم حسب دواعي صادمة وعند الاتباع الشديد للقواعد الصحية .

ومن دواعي القيام بالفصل اليدوى للمشيمة واخراجها ما يلى : أ) النزف الدموى فى دور الخلاص ، اذا لم يتسن اخراج المشيمة بالطرق الخارجية ، ب) بقاء المشيمة اكثر من ساعتين فى الرحم ، اذا لم يتيسر اخراجها بطريقة « أبولادزى» « وكريدى » ويجرى القيام بالفصل اليدوى للمشيمة واخراجها ، عند تأخرها لفترة طويلة فى الرحم ، حتى اذا لم يحدث فقدان كمية كبيرة من الدم .

ومن دواعي القيام بالفحص اليدوى للرحم بعد ولادة المشيمة: أ) تأخر أجزاء من المشيمة، ب) الشك بسلامة المشيمة .

الطريقة . توضع الماخض على سرير عرضى ، ويجرى تفريغ المثانة . وتنظف الاعضاء التناسلية الخارجية حسب القواعد المتبعة عند القيام بالعمليات القبالية (أنظر الباب الثالث عشر من الجزء الثاني) . فيجرى غسل اليدين وتعقيمهما ، ويدهن الكف بصورة جيدة بدهن الفازالين المعقم . ويجرى القيام بالعملية تحت التخدير بالأثير ، ويسمح بالحياد عن القاعدة فقط فى الحالات التى تكون فيها القابلة مضطرة لتقديم المساعدة بدون طبيب .


شكل ٨١ . الفصل اليدوى للمشيمة

يجرى ، باليد اليسرى ، فصل الفرج وترتيب اليد اليمنى على شكل المخروط (« يد القابلة ») وادخالها فى المهبل ، ومن ثم فى الرحم . فعندما تمرر اليد عبر المهبل ، يكون سطحها متوجها نحو العجز. وتنقل ، فى لحظة ادخال اليد اليمنى فى المزرد ، اليد اليسرى الى قعر الرحم .

ولكى لا يشتبه بطرف المزرد المتخزب ويحسب على أنه طرف المشيمة ، يجرى ادخال اليد ماسكة الحبل السرى وينبغى عندما تبلغ اليد ، المتتبعة للحبل السرى، المشيمة البحث عن طرفه

الذى يكون قد انفصل. ويجرى بعد ذلك ادخال اليد بين المشيمة وجدار الرحم وبحركات تشبه المنشار تقوم اليد تدريجيا بفصل المشيمة كلها ، وفى هذه الاثناء تساعد اليد الخارجية اليد الداخلية ، ضاغطة بحذر على قعر الرحم (شكل ٨١) . ويتم ، بعد فصل المشيمة انزالها الى الفلقة السفلى للرحم وينتشل باليد اليسرى عن طريق السحب من الحبل السرى . ويتم مرّة اخرى فحص السطح الداخلى للرحم بصورة دقيقة باليد اليمنى الباقية فى الرحم للتأكد نهائيا من عدم وجود أجزاء المشيمة . وتكون ، بعد فصل المشيمة بصورة تامة ، جدران الرحم ملساء ، باستثناء الفسحة التى كانت فيها المشيمة ، التى تكون خشنة نوعا ما ، والتى قد تبقى عليها قطع من الغشاء الساقط .

ويتم ، بعد الفحص التفتيشى لجدران الرحم ، اخراج اليد من باطن الرحم . وتحقن الماخض بمليلتر واحد من الايرغوتين ، مليلتر واحد من البيتوترين تحت الجلد ، ويوضع الثلج على أسفل البطن ، ويتم نقل الدم عند وجود فقر دم ، أو ما يعوض عن الدم . فاذا استمر النزف الدموى فتتخذ الاجراءات التالية لوقف النزف .

وينصح عند وجود اختلاطات ، قبل الفصل اليدوى للمشيمة ، لها القدرة على انماء العدوى النفاسية (ولادة مطولة ، فترة تخلو من المياه لفترة طويلة ، علامات التهاب بطانة الرحم فى الولادة الخ) باعطاء النفساء السولفات بمقدار ١ غرام ٤ ــ ٥ مرات فى اليوم لمدة ٢ ــ ٣ أيام . ويمكن اعطاء ٥٠٠٠٠ ــ ١٠٠٠٠٠ وحدة قياسية من البنسيلين كل ٣ ساعات لمدة ٢ ــ ٣ أيام أو المضادات الحيوية الأخرى .

ولا يشكل عادة فصل المشيمة واجزائها المتبقية صعوبة . ولا يتسنى فصل المشيمة ، عند الالتحام الحقيقى من جراء نبت الخمل فى جدار الرحم . وان المحاولات العنيفة للفصل قد تؤدى فى حالات كهذه الى ثقب الرحم وموت المرأة . ويترتب عند الالتحام الحقيقى للمشيمة، استئصال الرحم . ولهذا تقوم القابلة ، التى تعمل لوحدها ، فى احوال من هذا القبيل ، بحشو الرحم واستدعاء الطبيب فورا أو أن تقوم بايصال الماخض الى دار التوليد .

النزيف الدموى فى الساعات الاولى من الولادة

ينتسب النزف الدموى ، بعد ولادة المشيمة ، الى الصنف المتكرر بكثرة من الحالات المرضية فى القبالة ، كما هو الحال مع النزيف الدموى فى دور الخلاص .

ويتوقف النزف الدموى فى الساعات الاولى من الولادة (فى الدور المبكّر للخلاص) على الأسباب التالية :

١ — تأخر أجزاء المشيمة . تعرقل أجزاء المشيمة الباقية فى الرحم (حتى غير الكبيرة) تقلصه بصورة صحيحة . ويحدث نتيجة لذلك نزيف الاوعية الدموية لساحة المشيمة ، التى تقع حول الجزء المتعوق من المشيمة ، ويلاحظ تعوق أجزاء المشيمة ، عند عدم ادارة دور الخلاص بصورة صحيحة ، ونتيجة لالتصاق ازدياد جزء من المشيمة ويصحب النزيف الدموى هذا الاختلاط دائما .

وتهدد المرأة عدا النزف الدموى الاصابة بالعدوى . ولهذا يجب اخراج الجزء المتعوق من المشيمة من باطن الرحم بعد ولادة المشيمة حالا (لا يؤدى تأخر الأغشية الى مضاعفات جدية ، فهى تخرج من تلقاء ذاتها) .

٢ — انخفاض توتر الرحم ووهنه . يلاحظ الوهن بصورة نادرة نسبيا ، واكثر ما يلاحظ فى الساعات الاولى من الولادة ، هو انخفاض توتر الرحم . ويتقلص الرحم بصورة سيئة عند انخفاض توتره ، ويتفاعل بصورة ضعيفة مع الاثارات (التدليك ، البرودة وغيرها) . وبناء على تقلص الرحم بصورة غير كافية ، فان الاوعية الدموية تكون مفغورة وينزف منها الدم .

ويحدث النزيف الدموى الذى يعود الى انخفاض توتر الرحم بعد ولادة المشيمة نتيجة تلك الأسباب ، التى تسبب النزيف الدموى فى دور الخلاص (الطفالة ، الحمل متعدد الأجنة ، الاعياء بسبب سبق نشاط ولادى عاصف ، تغيرات فى جدار الرحم بعد أمراض التهابية سبق وأن حصلت وغيرها) .

ويكون الرحم ، عند انخفاض توتره ، رخوا ، ضعيف التأثر بالاثارة (التدليك ، البرودة وغيرها) ، وكبير الحجم . ويكون الرحم ، عند وهنه ، عديم التأثر بالاثارات ، رخو العضلات ، كبير الحجم ، ذا حدود غير واضحة والنزيف الدموى عند الوهن غزير ، يؤدى بسرعة الى الانهيار .

٣ — تمزق الانسجة اللينة لطرق الولادة . يمكن ان يكون مصدر النزف الدموى فى دور الخلاص وبعد ولادة المشيمة ، هو تمزق عنق الرحم والتمزقات العميقة للمهبل ، والعجان والاعضاء التناسلية الخارجية (أنظر الباب الحادى عشر من الجزء الثانى) .

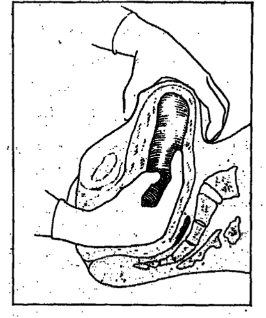
يبدأ النزف الدموى بعد ولادة المشيمة مباشرة أو بعد مرور بعض الوقت ، ويبدأ النزف أحيانا فى دور الخلاص ، ويستمر بعد ولادة المشيمة . ان درجة النزف مختلفة ، فقد يصل فقدان الدم الى ١٠٠٠ مليلتر واكثر ، فينشأ فقر الدم الحاد (شحوب الجلد والأغشية المخاطية ، ازدياد النبض ، هبوط الضغط الشريانى ، دوار الرأس والخ) .

ويكون النزف الدموى من الأنسجة اللينة الممزقة لطرق الولادة عادة عند تقلص الرحم بصورة جيدة .

٤ — ينتسب اختلال نظام تخثر الدم الى الاسباب النادرة نسبيا للنزف الدموى فى دور الخلاص . فينخفض بشدة عند الحالة المرضية هذه (قلة الفيبرينوغين فى الدم ، انعدام الفيبرينوغين فى الدم) أو تقلل قدرة الدم على التخثر ، ونتيجة لذلك لا يتوقف النزف ، على الرغم من استعمال التدليك للرحم ، والوسائل المقلصة للرحم وغيرها . ويمكن أن يحدث اختلال نظام تخثر الدم فى حالات الحمل والولادة الميتة ، وقوع المياه المحيطة بالجنين فى دم الأم (الانسداد بالمياه المحيطة للجنين) ويتكرر — عند النزف الدموى الشديد (المتسبب عن انخفاض توتر الرحم ، وهن الرحم) .

وتتلخص الوقاية من الادارة الصحيحة لدور الخلاص ، والمعاينة الدقيقة للمشيمة المولودة وتجنب ايذاء الأنسجة اللينة لطرق الولادة . وعلى القابلة أن تتوقع احتمال حصول نزيف يعود الى انخفاض توتر الرحم (طفالة ، الاستسقاء ، التوأمين ، ورم ليفى عضلى وغيرها) وان تهىء مقدما كل ما هو ضرورى لايقاف النزف الدموى ولمكافحة فقر الدم .

العلاج . ويتوقف النجاح فى مكافحة النزيف الدموى على ازالة الاسباب التى تحدث هذا الاختلاط الخطير . ولهذا ينبغى قبل كل شىء معرفة سبب النزيف والعمل تبعا للتشخيص الموضوع .



شكل ٨٢. الفحص اليدوى لباطن الرحم

وينبغى خياطة أماكن التمزقات اذا كان سبب النزيف الدموى هو تمزق العنق ، المهبل أو الاعضاء التناسلية الخارجية . حينما يعود النزف الدموى الى تعوق جزء من المشيمة ، يتم القيام بفحص الرحم باليد فورا واخراج الجزء المتعوق . وتتخذ الاجراءات اللازمة ، عند وجود نزف مرتبط بانخفاض توتر الرحم ، لرفع شدّة توتر الرحم وقدرته على التقلص .

ان القيام بالفحص اليدوى يتم عند تأخر جزء من المشيمة بصورة واضحة ، وكذلك عندما تكون سلامتها موضع الشك . فتتبع هنا نفس تلك القواعد ، التى تتبع عند الفصل اليدوى للمشيمة .

يجرى ، باليد المولجة فى الرحم ، تحسس جدران الرحم ، قعره والزوايا البوقية (شكل ٨٢) . والطبيب الخبير يستطيع القيام بفحص الرحم واخراج اجزاء المشيمة بمكشتة كبيرة غير حادة (عند التوتر الجيد للرحم) . ويتقلص عادة الرحم بعد اخراج اجزاء المشيمة المتعوقة ، ويتوقف النزف . ويجرى اعطاء المرأة بعد الفحص اليدوى للرحم حسب الدواعى (أعراض التهاب بطانة الرحم فى الولادة والاختلاطات الأخرى المهيئة لنشوء العدوى) المضادات الحيوية وأدوية السولفات .

ان مكافحة النزيف الدموى الذى يعود الى انخفاض توتر الرحم والى وهنه يتم بالطريقة التالية :

١ . يتم تفريغ المثانة . ويجرى تدليك الرحم عبر جدار البطن : توضع اليد على قعر الرحم ويجرى تدليك الرحم بحركات دائرية (الحركات الخشنة لا تبلغ الهدف) . وتحت تأثير التدليك يتقلص الرحم ويصبح قوامه اكثر تراصا . فتنعصر من الرحم خثر الدم . ويتم فى الوقت نفسه مع التدليك حقن المرأة بـ ١ مليلتر من محلول الايرغوتال المركز بنسبة ٠,٠٥٪ أو ٠,٥ — ١ مليلتر من محلول الميتيلايرغوميترين المركز بنسبة ٠,٠٢٪ أو (٥ — ٨ وحدات قياسية من الاوكستوتسين مع ٥٠٠ مليلتر من الجلوكوز بتركيز ٥٪) فى الوريد .

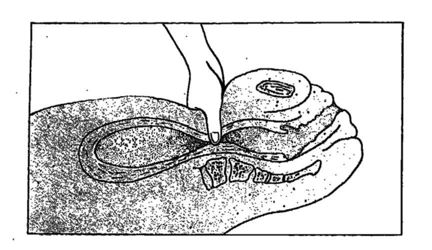
ويوضع على أسفل البطن كيس من الثلج .

وان الاجراءات المذكورة ، تكون كافية عند انخفاض توتر الرحم بصورة غير شديدة .

٢ . فاذا لم يتوقف النزيف الدموى ، تستخدم الطرق التى يكون أساسها تقليل او قطع تيار الدم الى الرحم . فان اخلاء الرحم من الدم يساعده على التقلص .

طريقة « بيسكاجيك » . يتم القبض على الفلقة السفلى للرحم وعصرها باليد اليسرى (الابهام من جهة ، والاصابع الاربعة من الجهة الأخرى) . وفى هذه الحالة تنضغط شرايين وأوردة الرحم . ويجرى فى الوقت نفسه تدليك قعر الرحم باليد اليمنى .

طريقة « غينتير » . يجرى تخفيض النهاية الرأسية للسرير ، ويتم عصر الفلقة السفلى ، كما فى طريقة « بيسكاجيك » ، ويسحب الرحم بقوة الى الاعلى ويجرى فى الوقت نفسه مع هذا ضغط الفلقة السفلى للرحم على العجز (شكل ٨٣) . ولزيادة المفعول يتم باليد اليمنى الحرّة تدليك الرحم . ويترك الرحم فى هذه الوضعية لمدة ١٠ — ١٥ دقيقة . فتنضغط فى هذه الحالة أوعية الرحم ، وينضغط الشريان الابهر بواسطة الفلقة السفلى الى العمود الفقرى . وفى النتيجة يتم تفريغ الرحم من الدم وتقلصه .



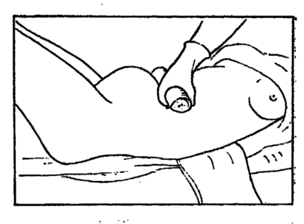
شكل ٨٣ . ضغط الفلقة السفلية من الرحم الى العمود الفقرى

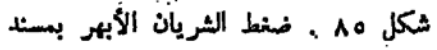
٣ . يجرى القيام ، عند استمرار النزف الدموى ، بالفحص اليدوى للرحم (اذا لم يتم اجراؤه سابقا) ويتم اخراج خثر الدم، وجزيئات الاغشية والمشيمة ، ان كانت فى الرحم . ومن ثم يتم ، دون اخراج اليد من الرحم ، القيام بالتدليك الخارجى — الداخلى . وتجمع اليد الداخلية فى قبضة ، وباليد الخارجية يتم تدليك قعر الرحم من خلال جدار البطن (أنظر شكل ٨٧) .

٤ . ضغط الشريان الأبهر البطنى . ينصح ، عند انخفاض توتر الرحم الشديد (وهن) ، بضغط الأبهر البطنى بهدف قطع الدم عن الرحم . فيتم الوقوف بجانب النفساء ، ويضغط بظهر السلاميات الاساسية لليد اليمنى المجموعة فى قبضة الشريان الأبهر البطنى على العمود الفقرى من خلال جدار البطن (شكل ٨٤) . فاذا ما تعبت اليد ، فتقوم اليد اليسرى بالمساعدة ، فتقبض اليد اليمنى المفصل الكعبرى — الرسغى لها ، ويتم الضغط على الشريان . ويمكن ضغط الأبهر البطنى الى العمود الفقرى بأصابع كلتا اليدين (حسب طريقة « بيريوكوف ») أو بواسطة المسند ، الذى يربط بشدة (شكل ٨٥ و ٨٦) .

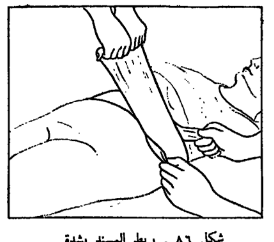
شكل ٨٤. ضغط الشريان الأبهر البطنى بالقبضة

٥ . حشو الرحم . يلجأ ، عند الحصول من الاجراءات المذكورة على مفعول مؤقت أو اذا كانت تلك الاجراءات فاشلة، الى حشو باطن الرحم برباط من الشال العريض . فيساعد الحشو على تكوين الخثر فى الاوعية وتقلص عضلات الرحم . والناحية السلبية فى الحشو هو



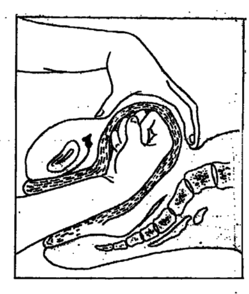


شكل ٨٥ . ضغط الشريان الأبهر بمسند



شكل ٨٦ . ربط المسند بشدة

احتمال انتقال العدوى . ولهذا تتبع عند الحشو القواعد الصحية بدقة خاصة . ويجرى تنظيف الاعضاء التناسلية الخارجية وفقا للقواعد المتبعة عند العمليات القبالية، فيولج فى المهبل المنظار العريض، ويتم القبض على العنق بالملاقط ويجرى سحبه الى المهبل . ويجرى حشو باطن الرحم بشدة بالأربطة العريضة الطويلة المصنوعة من الشال بمساعدة ملقط معوج طويل . فمن الضرورى حشو كل جوف الرحم ابتداء من القعر وانتهاء بالعنق بالتعاقب . بعدئذ ترفع الملاقط ويتم حشو المهبل . ويمكن للحشو ان يبقى فى الرحم اثناء ٨ — ١٠ ساعات .



شكل ٨٧ . تدليك الرحم على قبضة اليد

٦ . اذا لم يتوقف ، من تنفيذ الاجراءات المذكورة ، النزيف الوهنى ، يتم فتح البطن واستئصال الرحم أو ربط أوعيته .

٧ . ويجرى، عند النزف المرتبط بانخفاض الفيبرينوغين أو انعدامه فى الدم، نقل الدم

الطازج الحاوى على السترات ويحقن فى الوريد الفيبرينوغين ، وبروتامين السلفات حمض ايبسلون آمينوكابرونى والوسائل الأخرى التى تساعد على زيادة تخثر الدم .

مكافحة فقر الدم الحادّ

يسبب ، فقر الدم الحاد ، الذى يحدث عند النزف الدموى فى دور الخلاص ودور النفاس اختلال أهم الوظائف (الدورة الدموية ، التنفس ، التمثيل وغيرها) ، ويخفض مقاومة الجسم ويمكن أن يؤدى الى موت النفساء . ولهذا فبالاضافة الى اجراءات وقف النزيف الدموى يجرى القيام بمكافحة فقر الدم .

١ ـــ يجرى تخفيض النهاية الرأسية للسرير ، مما يحسن تدفق الدم الى المخ .

٢ ـــ تحاط المريضة من جميع الجهات بالمدفآت ، ومن المهم جدا تدفئة القفا (تحت القذال يجب ايضا وضع مدفأة) . وينبغى الاهتمام بعدم الاصابة بالحروق .

٣ . حقن كمية كبيرة من السوائل . وتعطى القهوة ، وشاى حار ثقيل مع النبيذ (أو ١ ملعقة من الكحول الخالص ـــ مع كأس من الشاى) بكمية كبيرة . ويتم حقن ٥٠٠ ـــ ١٠٠٠ مليلتر (حتى ٢٠٠٠ مليلتر) من المحلول الفيزيولوجى لملح الطعام مع اضافة ٥ ـــ٨ قطرات من الادرينالين بتركيز ٠٫١٪ لليتر الواحد من السائل المحقون ، تحت الجلد ، ويمكن ، بدلا من المحلول الفيزيولوجى ، ادخال نفس الكمية من محلول الجلوكوز بتركيز ٥٪ .

٤ ـــ ولنقل الدم أهمية استثنائية فائقة . ويتناسب حجم الدم المنقول مع درجة فقر الدم . نقل الدم يحسن بسرعة وظائف الجسم المختلة . ويباشر ، عند الصدمة الشديدة وحالة الاحتضار بضخ الدم فى الشريان .

٥ ـــ تحقن المرأة بعد توقف النزف الدموى ، بأدوية القلب (الكوفيين ، الكافور) .

٦ ـــ تعطى النفساء الاوكسجين ، وتفتح ، عند عدم وجود الاوكسجين النوافذ .

وتقوم القابلة ، عند حدوث النزف فى دور الخلاص ودور النفاس بترتيب دعوة الطبيب فورا (تقوم بالاخبار عن النزف وتقوم قبل مجيئه لوحدها بمكافحة النزف وفقر الدم الناشىء) .

وتحتاج النفساوات المصابات بفقر الدم ، الى العناية الخاصة :

النزف الدموى النفاسى المتأخر

يعتبر النزف متأخرا اذا حدث بعد مرور يوم أو فى وقت متأخر من الولادة . ويبدأ النزيف النفاسى أحيانا فى اليوم ١٠ ــ ١٥ من الولادة .

واكثر الاسباب تكرارا فى حدوث النزف النفاسى المتأخر هى تعوق أجزاء (قطع) من المشيمة فى الرحم . ويأخذ الجزء المتأخر من المشيمة تدريجيا شكل بوليب (« البوليب الخلاصى ») ويؤدى بكل تأكيد الى النزيف الدموى. وقلما يتوقف النزيف النفاسى المتأخر على تعوق الاغشية فى الرحم والاصابة بالعدوى .

فاذا كان النزف الدموى النفاسى متعلقا بتعوق المشيمة أو الأغشية، فان العلاج يتلخص فى اخراجها من جوف الرحم بطريقة آلية (كشط الرحم) . وتشكل هذه العملية فى دور النفاس بعض الصعوبات ويقوم بها الطبيب فقط .

وينبغى ان يكون الاهتمام متجها ، عند وجود أعراض العدوى ، الى معالجة أمراض النفاس ، التى تعود الى الاصابة بالعدوى . وان الشفاء من المرض الأساسى سيساعد على انقطاع النزف .

الباب الحادى عشر

أذى الولادة

كثيرا ما يلاحظ أثناء الولادة تمزق العجان ، الفرج ، المهبل وعنق الرحم . وتحدث أحيانا عند الولادات المرضية أورام دموية ، أذى مفاصل الحوض ، النواسير البولية التناسلية والنواسير المستقيمية المهبلية . ويمكن أن يحدث اثناء الولادة أخطر اختلاط وهو تمزق الرحم .

تمزقات العجان ، الفرج والمهبل

يحدث فى دور الطرد امتطاط المهبل ، الفرج والعجان بصورة ملحوظة . وكثيرا ما تلاحظ ، نتيجة لذلك اصابات الأقسام المذكورة من طرق الولادة ، لا سيما العجان . وتنتسب تمزقات العجان الى اكثر انواع القبالة المرضية ترددا ، فهى تلاحظ بمعدل ١٠٪ من الماخضات .

تمزقات العجان. مما يساعد على حدوث تمزقات العجان هى الظروف التالية : ١) ضياع مطاطية (تصلب) الانسجة وتصلبها لدى المسنات اللاتى يلدن لأول مرّة ، والندبات بعد الولادات السابقة ، والعجان المرتفع، ٢) اجتياز الرأس ببعد غير ملائم ، مما يلاحظ عند الجيئات المنتصبة والرأس الكبير بصورة مفرطة، ٣) ولادات جراحية (وضع الملاقط وغيرها) ، ٤) ضيق الحوض ، خاصة الحوض المسطح الكساحى (اجتياز سريع) والحوض الطفالى (ضيق القوس العانى) ، ٥) الادارة غير الصحيحة للولادة : الانتصاب قبل الأوان والاجتياز السريع للرأس. ان اصابة العجان لا تحدث فجأة ، فتسبقها عادة تغيرات تشير الى امكانية حدوث التمزق .

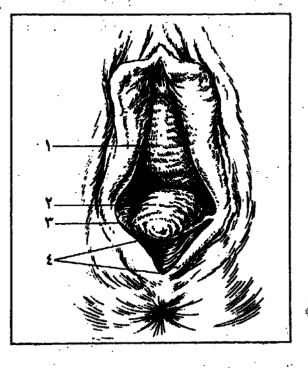
ونتيجة لازدياد ضغط الرأس يتحدب العجان على شكل قبة ، يتورم ويزرق . ويشحب فيما بعد جلد العجان ويصبح براقا ، وتظهر عليه الفطور الدقيقة . وتعتبر التغيرات المذكورة (تحدّب العجان ، الازرقاق ، التورم والابيضاض) أعراضا لخطر تمزق العجان .

ويجرى القيام ، عند خطر تمزق العجان ، بشق متوسط الطول للعجان ــ شق العجان . فالاطراف المصقولة للجرح المقطوع تلتئم بعد خياطتها أحسن من الاطراف غير المستقيمة للجرح الممزق .

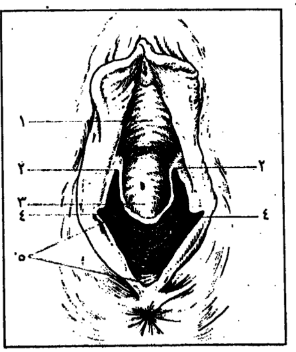
وهنالك ثلاث درجات من تمزق العجان .

تمزق من الدرجة الاولى . يتمزق الملتقى الخلفى للفرج (جزء غير كبير من جلد العجان وجدار المهبل) وتبقى عضلات العجان بدون أذى (شكل ٨٨) .

تمزق من الدرجة الثانية . يتمزق جلد العجان ، جدران المهبل وعضلات العجان ، ما عدا العاصرة الخارجية للمستقيم (شكل ٨٩) .



شكل ٨٨ . تمزق من الدرجة الاولى للعجان . ١ ــ الجدار الامامى للمهبل ، ٢ ــ الجدار الخلفى للمهبل ، ٣ ــ الملتقى الخلفى ، ٤ ــ جلد العجان



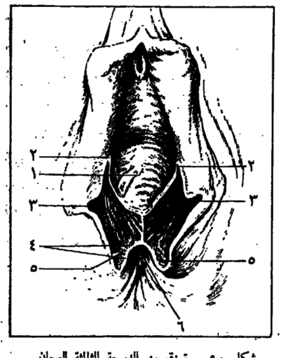
شكل ٨٩ . تمزق من الدرجة الثانية للعجان . ١ ــ الجدار الأمامى للمهبل ، ٢ ــ الطرف العلوى من التمزق ، ٣ ــ الجدار الخلفى للمهبل ، ٤ ــ الملتقى الخلفى ، ٥ ــ جلد العجان

تمزق من الدرجة الثالثة . يتمزق ، بالاضافة الى الانسجة المذكورة أعلاه ، العاصرة الخارجية للمستقيم ، وأحيانا جدار المستقيم (شكل ٩٠) .

ومن الانواع النادرة من الاصابات هي تمزق مركز العجان. وتمتاز بأن التمزق يصيب مركز العجان مع بقاء الملتقى الخلفي للفرج سليما . فيولد الجنين لا عن طريق الفرج وانما عن طريق الفتحة المتكونة في مركز العجان .

فقد أشير بأن تمزق الانسجة اللينة لطرق الولادة ، وبضمنها العجان تشكل خطرا من حيث انتقال العدوى. بالاضافة الى ذلك فان تمزقات العجان غير الكبيرة ستساعد فيما بعد على هبوط وسقوط الاعضاء التناسلية .

ويحدث عند الدرجة الثالثة من التمزق سلس الغازات والبراز . يجب خياطة كل تمزق يحدث .



شكل ٩٠ . تمزق من الدرجة الثالثة للعجان
١ — الجدار الخلفي للمهبل ، ٢ — الطرف العلوي من التمزق ، ٣ — الملتقى الخلفي ، ٤ — الغشاء المخاطي المستقيم ، ٥ — العاصرة ، ٦ — الشرج

خياطة تمزقات العجان

تجرى خياطة العجان مباشرة بعد ولادة المشيمة، فكلما كانت المدّة بين لحظة التمزق والخياطة أطول كلما كان خطر تلوث الجرح أكبر . لا تجوز الخياطة قبل ولادة المشيمة لانه غير معلوم كيف سيمر دور الخلاص (لا تستبعد ضرورة ادخال اليد في الرحم) .

ويتم القيام بخياطة العجان عند اتباع جميع قواعد التطهير ، وتهيئة مجال العملية ويدي الجراح حسب الطرق المتبعة عند عمليات القبالة . ويسمح للقابلة ، التي تشتغل وحدها ، القيام برفو تمزقات الدرجة الدولى والثانية ، أما تمزق الدرجة الثالثة فيقوم الطبيب فقط بخياطته .

الادوات الضرورية : مناظير مهبلية (٢) ورافعات (٢) ، ملاقط (٢ — ٣) ، أجفات (٣ — ٤)، الاجفات الموقفة للنزيف (٤ — ٥)، مقص، ماسك الابرة، إبر مختلفة القياس (٣ — ٤) ، مسبر معدني ، حقنة مع إبر للتخدير . ومن الضروري وجود أنسجة معقمة (حشو ، مناشف) . ويستعمل للخياطة الداخلية الخيط المعوي ، وللسطحي — الحرير .

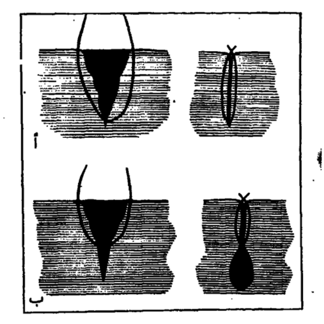
وترقد النفساء أثناء الخياطة بشكل بحيث تقع منطقة عجزها على حافة الطاولة ، وتكون ساقاها مثنيتين في مفصلي الركبة والفخذ ، ومسحوبتين الى البطن ومنفرجتين . ويجرى قبل الخياطة تعرية جرح العجان بمساعدة منظار وتدرس بصورة دقيقة طبيعة الاصابة . فاذا كانت القابلة تشتغل وحدها ، فانها تقوم باليد اليسرى بكشف الجرح ، باليد اليمنى تجفيف الجرح وخياطته .

وللاهتداء بصورة أفضل ، يتم وضع قطبة واحدة من الخيط المعوى فى الزاوية العليا من الجرح ، الموجود في جدار المهبل ، وتؤخذ نهايتا الخيط بالماسك وتسحبان الى الاعلى. ويوضع بعد ذلك ماسكان على طرف الجرح ، في منطقة عبور الغشاء المخاطى للمهبل الى جلد العجان ، وبمساعدة القطبة والماسكين يتم الكشف عن الجرح ، فيجفف بالشاش وتدرس طبيعة التمزق . ويجرى قطع الأقسام المهروسة الرثة من حاشية الجرح .



شكل ٩١ . خياطة تمزق العجان من الدرجة الاولى

وعند تمزق من الدرجة الاولى يخاط الغشاء المخاطى بالخيوط العضوية بعد ذلك يخاط جلد العجان بالخيوط الحريرية (شكل ٩١). وتوضع القطب على مسافة ١ سم الواحدة عن الأخرى . وتمرر الابرة من تحت كل



شكل ٩٢ . فن الخياطة
أ – الخياطة الصحيحة ، ب – الخياطة غير الصحيحة

شكل ٩٣ . خياطة تمزق العجان من الدرجة الثانية

سطح الجرح. وعند العكس ستبقى شقوق، حيث يتجمع فيها الدم، الذى يعرقل التئامها. ويجب ان تتاخم ، عند الربط ، أطراف الجرح بعضها البعض بصورة ملتصقة (شكل ٩٢) .

عند الاصابة بتمزق من الدرجة الثانية يخاط كما يلى . فى البداية تخاط الزاوية العليا من الجرح بقطبة واحدة (شكل ٩٣)، ومن ثم تربط العضلات المقطوعة للعجان ببضعة قطب داخلية من الخيط العضوى (ويجب ان لا تمر هذه القطب من خلال الجلد او الغشاء المخاطى). بعدئذ يخاط بالخيط العضوى الغشاء المخاطى للمهبل حتى الملتقى الخلفى للفرج . وتقطع نهايات الخيوط عدا القطبة الموضوعة على الملتقى . ويتم سحب القطبة الأخيرة الى الأعلى ، مما يوفر جوا ملائما عند خياطة جلد العجان . ويخاط جلد العجان بالخيوط الحريرية ، التى تقطع نهاياتها (يمكن وضع الرزز المعدنية) . ويدهن الجرح المخاط بصبغة اليود .

ويجرى عند الدرجة الثالثة من التمزق فى البداية خياطة جدار المستقيم المتمزق ومن ثم يتم البحث عن الاطراف المفصلة للعاصرة الممزقة لخياطتها . وبعد ذلك تجرى الخياطة بنفس الترتيب ، كما فى تمزق العجان من الدرجة الثانية .

وتنحصر العناية ، بعد العملية عند تمزق العجان ، فى المحافظة على نظافة الجرح المخاط . فتوضع على الجرح قطعة من الشاش المعقم ، التى تبدل كل ٣ — ٤ ساعات (يمكن العناية بالجرح المخاط بدون استعمال قطع الشال) . وعند تنظيف النفساء لا يتم غسل منطقة الجرح المخاط ، فهى تجفف فقط بعناية بفتيل من القطن المعقم . ويتم القيام ، بعد التبول والتغوط بتنظيف اضافى للاعضاء التناسلية الخارجية وتجفيف منطقة الجرح المخاط .

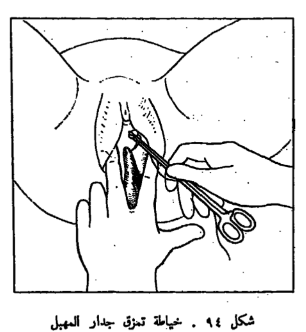
ويعطى ، عند الدرجة الثالثة من التمزق- بالاضافة الى ذلك ٨ — ١٠ قطرات من T—rae Opii simplicis مرتين فى اليوم حتى اليوم ٦، كى يتم تأخر التبرز. ويوصف فى اليوم ٦ زيت الخروع ، ويمكن وضع حقنة من الدهن فى الشرج .

الحمية : شاى حلو ، سحلب ، مرق لحم ، والأكلات الاخرى سهلة الهضم .

وترفع القطب الحريرية من جلد العجان فى اليوم ٥ — ٦ . ويتم السماح للنفساء بالنهوض فى اليوم الثانى من رفع القطب . وكثيرا ما يصحب تمزقات البظر والشفرين الجنسيين نزيف دموى خطير ، وقد يسبب النزيف الدموى من الجسم الكهفى للبظر فقدان كمية كبيرة من الدم . وتجرى خياطة جميع التمزقات ، ويتم ، عند الخياطة فى منطقة البظر ، ادخال مسبر معدنى فى قناة مجرى البول ، لكى لا تجرى خياطتها مع الجرح .

تمزقات المهبل. تحدث تمزقات المهبل، عند عدم امتطاط جدرانه بصورة كافية ، الطفالة ، ولادة جراحية ، الجيئات المنتصبة، ضخامة حجم الرأس وغيرها. واكثر التمزقات تلاحظ فى الثلث السفلى من المهبل ، فهى تحدث عادة فى حين واحد مع تمزق العجان .

يجرى تعرية تمزقات المهبل بواسطة المنظار وتتم خياطتها بالخيوط العضوية . ويمكن خياطة تمزق الثلث السفلى من المهبل مع فصل جدرانه الجانبية باليد اليسرى (شكل ٩٤) .



شكل ٩٤ . خياطة تمزق جدار المهبل

الاورام الدموية للفرج والمهبل

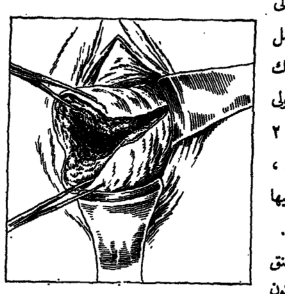
يمكن أن يحدث أثناء الولادة تمزق الأوعية الدموية وانسكاب الدم فى النسيج الخلالى تحت الجلد للاعضاء التناسلية الخارجية أو تحت الغشاء المخاطى للمهبل . ويكتسب ، الجلد والغشاء المخاطى فوق الورم الدموى لونا أزرق قرمزيا ، ويلاحظ ، عند تجمع الدم بصورة كبيرة ، توتر الانسجة والألم .

ان علاج الاورام الدموية غير الكبيرة يتم بالانتظار . فيوضع فى البداية على منطقة الورم الدموى ، كيس من الثلج ، ويبدأ بالعلاج فيما بعد بالتدفئة بحذر . ويجرى القيام بشق الجلد ، عند الورم الدموى الآخذ بالنمو بسرعة ، وتفريغ الورم ، والبحث عن الوعاء النازف وربطه . بعد ذلك يخاط الجرح .

تمزق عنق الرحم

يستوى ، أثناء الولادة ، عنق الرحم، وتتمطى أطراف المزرد الخارجى بشدة وترق . ويحدث نتيجة لذلك، قطع جزئى غير عميق لأطراف المزرد ، الذى لا يكون مصحوبا بنزف دموى خطير والذى يبقى عادة غير مرئى .

وكثيرا ما يحدث ، أثناء الولادة خاصة المرضية ، تمزقات عنق الرحم التى تكون مرفوقة بنزيف دموى خطير والعواقب السيئة الأخرى . وتقع التمزقات عادة من الجانب (فى الغالب من اليسار) (شكل ٩٥)، وتصل أحيانا الى قبوة المهبل وتتحول اليها ، ويمكن ان يصل التمزق الى النسيج الخلالى حول الرحم. وهنالك ثلاث درجات من تمزق عنق الرحم : الأولى طول التمزق حتى ٢ سم ، الثانية — اكثر من ٢ سم ، غير أنه لا يصل الى القبوة بـ ١ سم ، الثالثة — يصل التمزق الى القبوة ويتحول اليها (ويندمج بالجزء العلوى من تمزق المهبل) .



شكل ٩٥ . تمزق عنق الرحم

وتصاب الاوعية عند التمزق العميق للعنق بالأذى ويحدث عادة النزيف الدموى . ويكون النزيف عند تمزق العنق شديدا عادة وكثيرا ما يكون خطيرا ، ويكون النزف كقاعدة خارجيا، ويتسرب جزء من الدم ، عند التمزق العميق للعنق، الى النسيج الخلالى حول الرحم ويكون فى هذه المنطقة ورما دمويا .

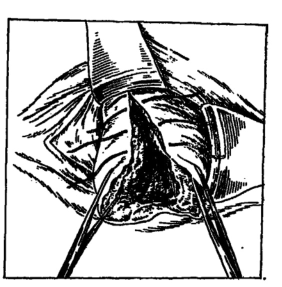
ويبدأ عادة النزيف الدموى من العنق على أثر ولادة الجنين . غير أن معرفة ما اذا كان النزف ناشئا من تمزق العنق أو من أوعية منطقة التصاق المشيمة يكون صعبا قبل ولادة المشيمة . وتسهل المعرفة بعد ولادة المشيمة .

ومما يميز تمزق العنق هو النزف الدموى الدائم مع التقلص الجيد والقوام المتماسك للرحم . وللتأكد من التشخيص من الضرورى معاينة عنق الرحم بالمنظار . فيتم القبض على أطراف المزرد بالملاقط وتجرى المعاينة بنقل وتحويل الملاقط بصورة تدريجية .

هنالك التمزق الذاتي والتمزق القسرى لعنق الرحم . ومما يساعد على التمزق الذاتى هو تصلب العنق (خاصة لدى المسنات اللاتى يلدن لأول مرة) ، الامتطاط المفرط لأطراف المزرد (جنين ضخم ، جيئات منتصبة) ، الولادات السريعة ، انضغاط عنق الرحم لمدة طويلة عند ضيق الحوض ، الذى يؤدى الى اختلال تغذية الأنسجة .

وتتكون التمزقات القسرية عند الولادات الجراحية (الملاقط ، القلب على القدم وانتشال الجنين ، عمليات تفتيت الجنين وغيرها) . ان تمزقات عنق الرحم تكون خطرة ليس فقط لانها تسبب النزف الدموى . فان التمزقات غير المخاطة تتلوث ، وتتكون فى منطقة الجرح قرحة فاسية ، التى تعد مصدرا فيما بعد لانتشار العدوى . وتتكون فى مجرى التئام التمزق الذى يخاط ندبات تساعد على انقلاب العنق (الشتر الخارجى) . وينشأ نتيجة هذا الانقلاب التهاب مزمن للغشاء المخاطى لقناة العنق وتآكل عنق الرحم .

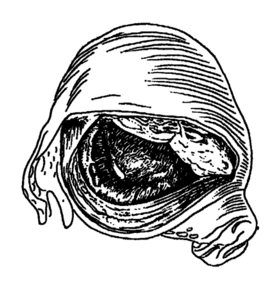
ويتلخص علاج تمزقات عنق الرحم فى خياطتها ، بعد معاينة العنق واكتشاف التمزق حالا . فيسحب عنق الرحم بواسطة الملاقط الى مدخل المهبل ويجرى تحويله الى الجانب المقابل للتمزق. وتوضع القطب، ابتداء من الزاوية العليا للتمزق (توضع القطبة الأولى فى أعلى مكان التمزق بقليل) حتى طرف المزرد ، ولا يخاط الغشاء المخاطى لعنق الرحم (شكل ٩٦) . اذا لم يتسن اكتشاف الزاوية العليا من التمزق حالا ، فتوضع القطبة الاولى أسفل قليلا ويجرى سحب نهايات هذا الخيط الى أسفل، عندئذ تصبح الزاوية العليا للجرح واضحة وسهلة المنال لخياطتها . ويستخدم فى خياطة تمزق العنق الخيوط العضوية، ويتم بعد الخياطة قطع النهايات .



شكل ٩٦ . خياطة تمزق عنق الرحم

تمزق الرحم (Ruptura uteri)

يسمى اختلال سلامة جدران الرحم ، بتمزق الرحم . فاذا اختلت كل طبقات الرحم (الغشاء المخاطى، الطبقة العضلية، البريتون)، يسمى التمزق بالتمزق الكامل (شكل ٩٧)، فعند التمزق الكامل يكون باطن الرحم متصلا مع جوف البطن . واذا شمل التمزق الغشاء المخاطى والعضلة بدون البريتون ، سمى هذا النوع من التمزق بالتمزق الناقص (شكل ٩٨) . ويحدث التمزق الكامل (الثاقب ، النافذ) للرحم بصورة اكثر من الناقص .



شكل ٩٧ . تمزق تام للرحم



شكل ٩٨ . تمزق غير تام للرحم وتكون ورم دموى تحت البريتون

ويحدث التمزق غالبا فى جدار الفلقة السفلى للرحم ، الرقيق نسبيا ، غير أن هناك تمزقات تحدث فى منطقة الفلقة العليا للرحم وحتى فى قعره . ويشاهد تمزق الرحم ، الذى يسير فى الخط الذى يربط العنق بقبوات المهبل ، وهذا النوع من التمزق هو فى الجوهر عبارة عن انقطاع الرحم عن القبوات .

يلاحظ التمزق الذاتى والتمزق القسرى للرحم . ويسمى التمزق الذى يحدث بدون أية تأثيرات خارجية بالتمزق الذاتى وتعد التمزقات التى تحدث بفعل التأثيرات الخارجية ، وقبل كل شىء بفعل التدخلات الجراحية المستخدمة بصورة غير صحيحة ، تمزقات قسرية للرحم .

وينتسب تمزق الرحم الى مجموعة الاختلاطات التى هى اكثر خطورة . وكثيرا ما تؤدى تمزقات الرحم ، حتى عند التنظيم العصرى للمساعدة القبالية ، الى موت الأم والجنين داخل الرحم . وتتوقف خطورة تمزق الرحم بالنسبة للمرأة ، على فقدان الدم والصدمة . وتعد أوعية جدار الرحم ، المتعرضة للاصابة لدى التمزق ، مصدر النزيف الدموى ، وكلما كان خلاء الاوعية الممزقة أوسع كلما كان النزف الدموى أشد . وتعتبر أوعية مجال المشيمة ، مصدرا اضافيا للنزيف ، عند تمزق الرحم. وتنفصل عادة المشيمة عند تمزق الرحم وتبدأ أوعية جدار الرحم فى موضع انفصال المشيمة بالنزف. ويمكن ان يصل النزيف ، عند تمزق الرحم ، الى حجم كبير جدا.

وتثقل صورة فقدان الدم بالصدمة ، التى تحل عادة عند تمزق الرحم ، سيما الكامل . وتحدث الصدمة على أساس الاثارة الشديدة للغاية للعناصر العصبية للرحم المصاب بالتمزق (خاصة الغطاء البريتونى) ، وتلعب هنا دورا كذلك اثارة الاعضاء الأخرى التى تعود الى ان الجنين كثيرا ما يخرج كليا الى جوف البطن ويزيح الاعضاء الموجودة فيه. ويموت الجنين عند تمزق الرحم فى الغالب وبسرعة جدا نتيجة لانفصال المشيمة .

ان أسباب حدوث تمزق الرحم مختلفة . فقد تقدم باندل فى القرن الماضى (١٨٧٥) بالنظرية الميكانيكية لتمزق الرحم .

وقد فسر باندل وعلى أثره مولدون آخرون كثيرون ، تمزق الرحم اثناء الولادة بعدم توافق بين الجزء المتقدم من الجنين وحوض الأم. ويمكن ان ينشأ عدم توافق كهذا عند ضيق الحوض ، جيئات غير صحيحة (بالجبين ، المنظر الخلفى للوجه) أو تركب غير صحيح للرأس (اللاتزامل المرضى)، عند الجنين الضخم (العملاق) ، الاستسقاء الدماغى ، ويحدث مثل عدم التوافق هذا ، عند الوضعيات المستعرضة والمائلة للجنين .

ويتكون ، عند وجود عرقلة لطرد الجنين ، نشاط ولادى عاصف ، فتتقلص الفلقة العليا للرحم اكثر فاكثر ، ويتحول الجنين تدريجيا الى الفلقة السفلى للرحم الرقيقة الجدران . وترتفع أعلى فأعلى حلقة الانكماش (حد فاصل بين الفلقة السفلى والعليا) ، وتصل مستوى السرة وكثيرا ما تقع بصورة مائلة . وعند استمرار النشاط الولادى ، فان تمطى الفلقة السفلى للرحم ورقتها يصل الى أقصى حد ويتم تمزقه :

وفى بداية القرن الحالى (١٩١١) تقدم العالم الروسى فيربوف بنظرية أخرى حول منشأ تمزق الرحم . وحسب نظريته فان الرحم السليم لا يتمزق، فالتمزق يجرى على ضوء التغيرات المرضية فى جدار الرحم ، التى تسبب ضعف ونقص عضلات الرحم . ومن هذه التغيرات التى يمكن ان تؤدى الى تمزق الرحم هى الندبات بعد العمليات (العملية القيصرية ، بخص عقدة الورم العضلى للرحم وغيرها) ، اصابات الرحم عند الاجهاض ، وحالات التنكس والالتهاب التى حصلت قبل الحمل الحالى ، الطفالة وشذوذ الاعضاء التناسلية الأخرى ، التى تمتاز بضعف عضلات الرحم . ويعتقد فى الوقت الحاضر أن سبب تمزق الرحم يمكن ان يكون كذلك التغيرات المرضية فى جداره والعوامل الميكانيكية . ويسهل حدوث تمزق الرحم خاصة عند ائتلاف الظواهر المذكورة ، أى عندما توجد فى حين واحد حالات مرضية فى الرحم وصعوبات ما لطرد الجنين .

ويحصل تمزق الرحم بالدرجة الاولى لدى النساء متكررات ومتعددات الولادة، ونادرا ما يشاهد هذا الاختلاط لدى الشابات اللاتى يحملن لأول مرة .

غالبا ما يحدث تمزق الرحم فى دور الطرد ، حينما تظهر صعوبات أو عراقيل تحول دون تقدم الجنين عبر طرق الولادة . ويمكن ان يحدث التمزق ، عند وجود تغيرات مرضية فى جدار الرحم (ندبات ، حالات التنكس والالتهاب) فى دور الانفتاح ، وحتى فى اول بدء الولادة . وتعرف حالات لتمزق الرحم أثناء الحمل تحدث بسبب تغيرات فى جدار الرحم :

وتسبق ، تمزق الرحم ، عادة أعراض سريرية ، هى من صفات خطر وقوع تمزق أو تمزق قابل للحدوث . ان الصورة السريرية لخطر وقوع التمزق واضحة جدا عند وجود عرقلة ميكانيكية لطرد الجنين (ضيق الحوض ، الوضعيات والجيئات غير الصحيحة وغيرها) وأقل وضوحا عند وجود التغيرات المرضية فى جدار الرحم (الندبات وغيرها) .

وتتصف الصورة المرضية ، لخطر وقوع تمزق الرحم ، الذى يعود حدوثه الى عراقيل ميكانيكية لطرد الجنين ، بالأعراض التالية .

١ ــ يكون النشاط الولادى شديدا جدا ، وتكتسب تقلصات الرحم أحيانا طبيعة التشنج ؛
٢ ــ الفلقة السفلى للرحم ممتطة للغاية ، رقيقة ، مؤلمة عند الجس .
٣ ــ ترتفع حلقة الانكماش عاليا ، وتصل حتى السرة ، وتكون بصورة مائلة ؛
٤ ــ الأربطة المدورة للرحم متوترة بشدة ومؤلمة ؛
٥ ــ يظهر خزب أطراف المزرد (من جراء الانحصار) الذى ينتشر الى المهبل والعجان ؛
٦ ــ يصعب التبول نظرا لانحصار المثانة وقناة مجرى البول بين الرأس وعظام الحوض ؛
٧ ــ تظهر افرازات مختلطة بالدم من المهبل ، تشير الى اصابة الانسجة .
٨ ــ الماخض متوترة الاعصاب ، قلقة (تصرخ ، تتقلب فى الفراش ، تتشبث ببطنها) ، وتشكو من آلام شديدة .

ان الصورة السريرية لخطر وقوع تمزق الرحم على أساس التغيرات فى جدار الرحم ستختلف بأنها تخلو من النشاط الولادى العاصف . فالتقلصات كثيرة ، مؤلمة ، ولكنها ليست شديدة جدا . وتلاحظ كذلك بقية الأعراض (الامتطاط المفرط للفلقة السفلى وشدة الألم فيها ، تخزب العنق ، المهبل والاعضاء التناسلية الخارجية ، اختلال التبول وغيرها) ، الا انها يمكن ان تكون أقل وضوحا ، من التمزق وشيك الوقوع الذى يحدث نتيجة للاسباب الميكانيكية ؛

فاذا لم تقدم ، عند الصورة السريرية المذكورة ، المساعدة فلا بد من حدوث تمزق الرحم .

وتتصف الصورة السريرية للتمزق القائم للرحم بالاعراض الرئيسية التالية .

١ — يحدث في لحظة التمزق ، ألم حادّ للغاية في البطن .

٢ — يتوقف النشاط الولادى بصورة تامة بعد التمزق حالا .

٣ — سرعان ما تنشأ حالة شديدة ، تعود الى الصدمة وازدياد فقدان الدم . فيتشحب الجلد والأغشية المخاطية المرئية ، وتصبح ملامح الوجه حادّة ، ويصبح النبض سريعا ودقيقا ، وينخفض الضغط الشرياني ، وكثيرا ما يلاحظ الغثيان والتقيؤ .

٤ — يخرج الجنين ، عند تمزق الرحم ، بصورة كاملة أو جزئيا الى البطن . ولهذا تتعين عند الجس أجزاء الجنين بصورة واضحة للغاية تحت جدار البطن مباشرة ، فيبتعد الجزء المتقدم، المتثبت في السابق، الى الأعلى ويصبح متحركا . ويمكن الى جانب الجنين لمس جسم الرحم المتقلص . ولا تسمع ضربات قلب الجنين .

٥ — يكون النزف الدموى الخارجى عادة غير شديد جدا ، ويسيل الدم لدى التمزق في جوف البطن . (يتكون عند التمزق الناقص ورم دموى في النسيج الخلالى للحوض) .

ويمكن أن يحدث التمزق ، عند الحالات المرضية في جدار الرحم ، بصورة تدريجية ، عن طريق اهتراء الأنسجة . ولهذا فقد ينعدم الألم الحادّ المفاجىء ولا تنقطع التقلصات رأسا ، وانما بالتدريج . وتكون جميع أعراض التمزق الأخرى واضحة تماما .

ان الوقاية من تمزقات الرحم تتلخص في التنظيم الصحيح للتوليد . ولتسجيل جميع الحوامل ومراقبتهن بدقة في العيادات الاستشارية في الحين ، أهمية حاسمة . فيجرى في العيادة اكتشاف وادراج جميع الحوامل اللاتى يحتمل تمزق الرحم عندهن في الولادة ، في سجل خاصّ . وينتسب الى هذه المجموعة الحوامل ذوات الاحواض الضيقة ، وضعية غير صحيحة للجنين ، الحمل الذى فات أوانه (جنين ضخم) ، النساء متعددات الولادة مع جدار رخو متهدل للبطن ورحم مترهل ، واللاتى لديهن سوابق قبالية شديدة (ولادات مرضية ، اجهاضات مختلطة ، أمراض النفاس وبعد الاجهاض الالتهابية) ، واللاتى كانت معهن عملية قيصرية وعمليات أخرى على الرحم . ان جميع هؤلاء الحوامل يجرى ارسالهن قبل ٢ — ٣ أسابيع من الولادة الى دار التوليد ، ويجرى توليدهن باشراف طبيب .

وتفرض وقاية دقيقة أثناء الولادة ، لكى لا تفوت أعراض خطر وقوع تمزق الرحم .

علاج خطر وقوع تمزق والتمزق القائم للرحم . من الضروري عند أعراض خطر وقوع تمزق للرحم: ١) ايقاف أو الحد من النشاط الولادى، ٢) انهاء الولادة فورا وبالجراحة .

ولغرض قطع (الحد من) النشاط الولادى يجرى تخدير الماخض بالاثير .

تقوم القابلة التى تشتغل وحدها بحقن ١,٥ مليلتر من المورفين بتركيز ١٪ ودعوة الطبيب ، محذرة عن امكانية حدوث تمزق الرحم . ويتم القيام بالتوليد باعتناء شديد ، تحت التخدير العميق. فاذا كان الجنين حيا ولا توجد أعراض الاصابة بالعدوى ، يلجأ الى العملية القيصرية. ويتم انهاء الولادة عندما يكون الجنين ميتا بعملية تفتيته . ويمنع عند وجود خطر تمزق الرحم ، القيام بقلب الجنين واستعمال الملاقط القبالية ، فاجراء هذه العمليات وحتى محاولة القيام بها تؤدى بلا محال الى تمزق الرحم .

ومن الضرورى ، عند وقوع التمزق ، القيام فورا بفتح البطن . فيستخرج من جوف البطن الجنين ، المشيمة والدم المسكوب ، ومن ثم يتم القيام ببتر الرحم أو استئصاله . ويقتصر فى بعض الأحوال على رتق تمزق الرحم (كون المرأة شابة ، تمزق حديث ، انعدام العدوى) . ويتم أثناء العملية وبعد انتهائها ، مكافحة الصدمة وفقدان الدم . فلهذا الغرض يجرى نقل الدم ، حقن المحلول الفيزيولوجى تحت الجلد ، التدفئة ، تناول أدوية القلب .

نواسير النفاس

يمكن ان تنشأ ، عند الولادات المرضية ، النواسير البولية التناسلية والمستقيمية المهبلية . فالنواسير البولية التناسلية عبارة عن اتصالات غير طبيعية بين المثانة أو قناة مجرى البول والمهبل ، وبصورة أقل بين المثانة وقناة عنق الرحم . فيقع البول فى أحوال كهذه ، كليا أو جزئيا فى المهبل ويسيل الى الخارج عبر الفرج . ويقع البراز عند النواسير المستقيمية المهبلية ، فى المهبل . وتعتبر النواسير اختلاطا خطرا ، فهى تلحق بالمرأة معاناة شديدة .

تتكون النواسير من جراء الانضغاط الطويل للأنسجة اللينة لطرق الولادة والاعضاء المجاورة ، بين جدران الحوض والجزء المتقدم (ضيق الحوض ، جيئات وتركبات الرأس غير الصحيحة ، الجنين الضخم وغيرها) . فعند الانضغاط يتم اختلال دوران الدم ، ويعقبه موت وانسلاخ الاجزاء الميتة . ويبدأ ، بعد انسلاخ الأقسام الميتة ، البول (او البراز) بالنفوذ الى المهبل . وهذا يحدث عادة فى اليوم ٥ — ٧ من الولادة .

ويمكن أن تنشأ النواسير نتيجة لجرح الأنسجة اللينة لطرق الولادة والأعضاء المجاورة (المثانة أو المستقيم) بالأدوات ، المستعملة فى العمليات القبالية (عمليات تفتيت الجنين ، الملاقط وغيرها) . وفى أحوال كهذه يظهر الناسور مباشرة بعد التوليد .

وتنحصر الوقاية من النواسير فى الادارة الصحيحة للولادة . فلا يجوز السماح لبقاء الرأس فى نفس مقطع الحوض لفترة طويلة بعد خروج المياه ، فاذا كان الرأس واقفا فى مدخل ، فى جوف او فى مخرج الحوض اكثر من ساعتين ، فيجب القيام بالفحص المهبلى ، والتأكد من التشخيص وحل مسألة التوليد . وينبغى متابعة حالة المثانة بصورة منتظمة . وعند تعوق البول يتم القيام بتنبيب المثانة باعتناء . ان وجود الدم فى البول (حتى الطفيف) يشير الى خطر حدوث الناسور ويصلح أن يكون داعيا لانهاء الولادة بطريقة جراحية .

يتم علاج النواسير جراحيا . وان النواسير غير الكبيرة فقط تنسد أحيانا ، عند العناية الصحيحة ، تلقائيا . وتنحصر العناية فى المحافظة على نظافة الاعضاء التناسلية ، دهن جلد الأعضاء التناسلية الخارجية والغشاء المخاطى للمهبل بدهن الفازلين أو بدهن آخر ، مستحلب الستريبتوتسسد أو السولفيدين (لكى لا تكون هنالك اثارة) .

فعند اكتشاف ناسور بولى يتم ادخال مسبر دائمى فى قناة مجرى البول ، ويجرى بصورة منتظمة اخراجه وتعقيمه بالغليان. وتعطى المرأة للوقاية الهيكساميتيلينتيترامين. فاذا لم ينغلق الناسور تلقائيا ، يتم القيام بعد ٣ - ٤ أشهر من الولادة باجراء عملية جراحية .

انقلاب الرحم النفاسى

تقع طبقات الرحم عند انقلابه بشكل مقلوب : فيصبح الغشاء المخاطى طبقة خارجية ، أما الغطاء المصلى - فيكون داخليا (ينقلب الرحم كأصبع الكف) (شكل ٩٩) . فيتكون الانقلاب هكذا : يتم فى البداية تقعّر قعر الرحم فى جوفه ، من ثم يصل القعر الى المزرد وأخيرا يقع الرحم المقلوب على بطانته فى المهبل أو حتى خارج اطار الفرج .

ويتم انقلاب الرحم عند الظروف التالية : أ) يكون مزرد الرحم مفتوحا ، ب) جدران الرحم مرتخية (مثلا عند انخفاض توتر الرحم والوهن) ، ج) يجرى الضغط على قعر الرحم من أعلى (مثلا عصر المشيمة) أو السحب الى أسفل (مثلا الجر من الحبل السرى). ومما يساعد بصورة خاصة على انقلاب الرحم هو ائتلاف ارتخاء جدران الرحم مع عصر المشيمة بطريقة كريدى - لازارفيج بدون تدليك قعر الرحم مسبقا ، والسحب من الحبل السرى الممنوع عند تقلص الرحم غير الكافى وانفتاح واسع للمزرد .

وتصحب انقلاب الرحم بعد الولادة عادة، جملة من الأعراض الشديدة . فينشأ لدى المرأة ألم حاد فى البطن وصدمة . يشحب الجلد والأغشية المخاطية، يتسرع النبض، وينخفض الضغط الشريانى ، ويظهر الغثيان ، والتقيؤ ، وحالة من الاغماء . ويبين من الفرج الرحم المقلوب أحمر اللون، وينقلب الرحم أحيانا مع المشيمة التى لا تنفصل بعد . ويتم اكتشاف انخفاض قمعى الشكل ، عند القيام بالفحص فى منطقة الرحم. ويمكن ان يكون انقلاب الرحم بعد الولادة سببا فى موت المرأة .



شكل ٩٩ . انقلاب الرحم

العلاج . يجرى ارجاع الرحم باعتناء ، تحت التخدير العميق ، عبر المزرد المفتوح بصورة واسعة . ويجرى قبل تعديل الرحم ، فصل المشيمة اذا كانت مثبتة فى الرحم المقلوب . ويجرى بعد الارجاع حشو المهبل برباط من الشاش المعقم . وتتخذ الاجراءات اللازمة لمكافحة الصدمة وانتقال العدوى .

تفرق العظام العانية

يجرى أثناء الحمل تشرب مفاصل الحوض بصورة جدية خاصة المفصل العانى . ويكون لين مفاصل الحوض لدى بعض النساء كبيرا . ففى أحوال كهذه فان الضغط الشديد على الحلقة العظمية للحوض ، الواقع من الرأس المولود ، يمكن أن يسبب تفرق العظام العانية . ويلاحظ تفرق العظام العانية عند ضيق الحوض ، الجنين الضخم والتوليد الجراحى . ويصحب تفرق العظام العانية احيانا انسكاب الدم وتأذية قناة مجرى البول ، المثانة والبظر .

وعند الولادة الصعبة، خاصة الجراحية، قد يتعرض المفصل العجزى ــ الحرقفى الى الأذى .

وتشكو النفساء عند تفرق العظام العانية من الألم فى منطقة الارتفاق ، خاصة عند تحرك الساقين. ويزداد الألم عند فرج الساقين المثنيتين فى مفصلى الركبة والفخذ. وتتحدد عند الجس حفرة بين نهايات العظام العانية. ويجرى التأكد من التشخيص عند الحاجة بالتصوير بالأشعة.

العلاج . التزام الهدوء فى السرير ، وربط منطقة الحوض بشدة . الهدوء مدة ٣ ــ ٥ أسابيع (أحيانا اكثر) . ويلاحظ عند بعض النساء فى الايام الاولى بعض الاختلال فى المشى («مشية البطة») ، الذى يزول عادة فيما بعد .

الباب الثانى عشر

أمراض النفاس

أسباب نشوء أمراض النفاس التسممية

تتكون أمراض النفاس التسممية نتيجة لتسرب الميكروبات عبر السطوح المجروحة ، التى تتكون أثناء الولادة .

ان المكورات العنقودية والعقدية تعد من اكثر العوامل المسببة لأمراض النفاس التسممية ، وتليها بصورة أندر العصبة المعوية ، ميكروب الغانغرينا الغازية والميكروبات الأخرى . وفى الغالب فان أمراض النفاس التسممية يسببها نوع واحد من الميكروبات (عدوى أحادية الميكروب) ، واحيانا أنواع مختلفة من الميكروبات (عدوى متعددة الميكروب) .

ان الميكروبات تكون دائما فى جسم الانسان (سيما على الجلد ، والاغشية المخاطية المفتوحة وغيرها) ، غير أنها لا تسبب فى الظروف الاعتيادية حالات مرضية .

ويمكن أن يحدث المرض ، عند اختراق الميكروبات للجسم عن طريق الجروح النافذة . ويصلح ، السطح الداخلى للرحم بعد انفصال المشيمة ، والقطع الجزئى ، والشقوق والخدوش ، التى تتكون فى عنق الرحم ، فى المهبل ، وفى العجان حتى عند الولادة ، تصلح أن تكون منافذ للميكروبات .

وتتكون ، عند الولادات المرضية (خاصة الجراحية) جروح أوسع وأعمق ، مما يساعد على ازدياد خطر نفوذ الميكروبات المسببة للعدوى التسممية .

تنتقل الميكروبات المرضية الى السطح الجريح من الوسط الخارجى (العدوى الخارجية) أو تقع على الجرح ميكروبات كانت تقيم فى جسم المرأة قبل تكّون المنافذ (العدوى الداخلية) .

وتحمل الميكروبات عند العدوى الخارجية بالأيدى غير المعقمة ، الادوات ، لوازم العناية ، البياضات والحاجيات الأخرى التى تكون على احتكاك بطرق الولادة ، وتشكل العدوى الرذاذية خطرا كبيرا . وتنفذ الميكروبات ، عند العدوى الداخلية ، الى الجرح من المهبل ،

الأعضاء التناسلية الخارجية ، وقلما يلاحظ بالطريق الانبثاثى من المراكز البعيدة للعدوى (مثلا ، من المزرد) .

ان الميكروبات التى تقع على السطح المجروح كثيرا ما تسبب العدوى التسممية ولكن ليس دائما. وتتوقف العواقب المختلفة من وقوع الميكروبات على الجروح على مقاومة الجسم وقواه الدفاعية .

فعند وجود مقاومة جيدة فى الجسم ينعدم نمو العدوى التسممية ، وعند هبوط القوى الدفاعية للجسم فان الميكروبات النافذة الى الجرح ، تسبب أمراض النفاس . وقد أقر بأنه كلما كانت مقاومة الجسم أقل ، كلما كان سير عدوى النفاس التسممية أشد .

وهكذا فان أمراض النفاس التسممية تنمو بنتيجة التفاعل بين الميكروبات وجسم النفساء ، وفى هذه الحالة فان حدوث الأمراض وسيرها يتوقف بدرجة كبيرة على حالة جسم النفساء .

ومما يسهل أمر نشوء أمراض النفاس ، هو خروج المياه قبل الأوان ، والولادة المطولة ، وفقدان الدم فى الولادة ، والتوليد الجراحى ، والولادة المرفوقة بتمزقات وهروس الأنسجة اللينة ، والانهاك العام لجسم النفساء وضعفه بسبب الأمراض السابقة، والتسممات، والتغذية غير الصحيحة.

وتتصف بداية أمراض النفاس بنشوء التهاب فى منطقة السطح المجروح (المنافذ) ، هناك حيث وقعت الميكروبات الممرضة .

ان المراكز الأولية للعدوى النفاسية هى السطح الداخلى للرحم ، وكذلك الخدوش والتمزقات فى منطقة العنق ، المهبل والعجان (التهاب الرحم وبطانته النفاسى ، قرح النفاس) .

ويتم عند وجود مقاومة جيدة فى الجسم وعلاج صحيح التئام السطح المجروح المتلوث ويتوقف المرض . وعند ضعف القوى المدافعة عن الجسم ووجود فوعة عالية لدى الميكروبات ، تنتشر الأخيرة الى خارج اطار المركز الأولى . ويمكن ان يتم انتشار الميكروبات بواسطة الاوعية اللمفاوية (الطريق اللمفاوى) ، الأوعية الدموية (طريق الدم) ، أو بواسطة بوقى الرحم (طريق البوق) وربما يتم انتشار الميكروبات بواسطة الاوعية اللمفاوية والدموية فى آن واحد .

وتصيب الميكروبات المنتشرة الطبقات العميقة لعضلات الرحم، النسيج الخلالى حول الرحم ، بريتون الحوض، أوردة الرحم ، الحوض والفخذ . وتحمل الميكروبات ، عند ضعف مقاومة الجسم (أو ارتفاع فوعة الميكروبات المثيرة) الى جميع أنحاء الجسم ، وتنشأ أمراض تسممية عامة .

تصنيف أمراض النفاس

لقد أعد الاطباء السوفييت تصنيفا لأمراض النفاس التسممية . ويستند هذا التصنيف الى أن الأشكال المختلفة لأمراض النفاس ينظر اليها كمراحل منفردة لعملية التهابية متطورة واحدة (تسممية) .

المرحلة الاولى – ان العدوى التسممية محصورة فى منطقة الجرح الولادى : التهاب جسم الرحم وبطانته النفاسى ، قرحة النفاس (على العنق ، المهبل أو العجان) .

المرحلة الثانية – تخرج العدوى من اطار المركز الأولى ، لكنها تبقى موضعية : التهاب الرحم ، التهاب أوردة الرحم التجلطى ، التهاب جنيب الرحم ، التهاب أوردة الحوض التجلطى والالتهاب التجلطى لوريد الفخذ المحدود ، التهاب البوق الرحمى والمبيض، التهاب بريتون الحوض ؛

المرحلة الثالثة – التهاب البريتون الفائض (المنتشر) ، التهاب الاوردة التجلطى المتقدم .

المرحلة الرابعة – عدوى عامّة (أمراض تسممية عامة) : التسمم الدموى الجرثومى وتعفن الدم وتقيحه .

ان أمراض النفاس التسممية التى تنتسب الى المراحل المختلفة من انتشار العدوى تجرى بصورة مختلفة . فهى تختلف بدرجة الشدة فى الصورة السريرية وبالنتائج . الا أنه عند وجود اختلافات جوهرية فى الصورة السريرية للاشكال المختلفة للأمراض التسممية ، تلاحظ الصفات العامة التالية :

١ . ارتفاع الحرارة . تكون الحرارة ، عند سير المرض بصورة خفيفة (التهاب جسم الرحم وبطانته) ، عالية وتهبط بسرعة الى الحد الطبيعى ، اما عند السير الشديد (التسمم الدموى الجرثومى) – فتكون ثابتة على درجات عالية ؛

٢ . تسرع النبض . يتفق تسرع النبض عند الأمراض الموضعية غير الشديدة وارتفاع الحرارة ؛ ويصبح النبض عند الأمراض التسممية العامة، سريعا جدا (١٠٠ ضربة فى الدقيقة واكثر)، فهو لا يتفق والحرارة (اكثر مما يكون متوقعا عند الارتفاع الحالى للحرارة) . ان تسرع النبض وعدم توافقه مع الحرارة هو صفة مميزة للغاية للامراض النفاسية التسممية الشديدة.

٣ . القشعريرة . وكقاعدة فإن القشعريرة ترافق التسمم الدموى الجرثومى وتعفن الدم وتقيحه .

فهى تكون شديدة أحيانا ، وتنتهى بعرق غزير، وتتكرر خلال اليوم. وتلاحظ عند بعض الأمراض قشعريرة غير عنيفة أو حتى قشعريرة خفيفة. وتنقطع، فى نهاية المرض، القشعريرة .

ان ظهور قشعريرة جديدة يعنى نشوء مركز جديد للعدوى فى الجسم .

ويعزو ارتفاع الحرارة ، وتسرع النبض والقشعريرة أحيانا الى الملاريا ، الانفلونزا ، التيفوئيد والأمراض الأخرى ويوصف العلاج غير الصحيح .

وعلى القابلة أن تتذكر أن هذه الأعراض هى نموذجية للأمراض النفاسية التسممية . ولهذا فعند ارتفاع الحرارة وتسرع النبض والقشعريرة لدى النفساء ينبغى قبل كل شىء افتراض وجود العدوى التسممية ؛

٤ ــ تغيرات من ناحية الجهاز العصبى . فعند التهاب جسم الرحم وبطانته ونشوء القرح النفاسية ، تكون التغيرات طفيفة (انحلال ، ألم غير شديد فى الرأس) ، أما الأمراض الشديدة فيلاحظ عندها تدهور المزاج ، ألم الرأس ، الأرق او النعاس ، وحتى حالة الهذيان .

٥ ــ وتنشأ بقدر تصاعد عملية العدوى التسممية تغيرات فى نشاط القلب ، أعضاء انتاج الدم ، التنفس ، الهضم ، الكلى وغيرها ويختل التمثيل .

٦ ــ ينخفض عند الأمراض التسممية الشديدة وزن الجسم ويصبح الجلد بلون رمادى شاحب وأحيانا بمسحة صفراء ، وتظهر على الجلد انسكابات للدم (الطفح) .

٧ ــ تتغير صورة الدم عند الأمراض التسممية : فيقل عدد الكريات الحمر والهيموغلوبين ؛ ويرتفع عدد الكريات البيض (ويمكن ان يقل عدد الخلايا البيض عند الحالة الشديدة جدا) ، ويزداد بسرعة ترسب الكريات الحمر ؛

فكلما كان المرض أشد ، كلما كان تغير الصورة المورفولوجية (الشكلية) للدم أقوى ؛

ويمكن ملاحظة الميكروبات ، عند الأمراض التسممية العامة فى الدم ؛

فيمكن ، فى حالات كهذه ، القيام بزرع الدم فى وسط غذائى اصطناعى ومعرفة طبيعة الميكروبات التى سببت هذا المرض التسممى .

يؤخذ الدم للزرع من وريد المرفق (٥ ــ ٧ مليلترات) عند اتباع قواعد التطهير بصرامة ، فتسكب وجبة الدم الحاصل فى أنبوبة تحتوى على وسط غذائى معقم . ومن الافضل أخذ الدم أثناء القشعريرة .

ويرسل الدم للاختبار فى المختبر .

الأمراض التي تنتسب الى المرحلة الأولى من انتشار العدوى التسممية

قرحة النفاس

وتنتسب الى قرحة النفاس (ulcus puerperale) الجروح الملتهبة القيحية ، المتكونة في منطقة تمزقات وشقوق العجان ، جدار المهبل ، عنق الرحم ، فالسطح المجروح يكون مغطى بطلاء قيحي ، وتكون الانسجة المحيطة محمرة ومختزبة . ويظهر المرض عادة في اليوم ٣ — ٤ بعد الولادة . فترتفع الحرارة ، ويتسرع النبض ، وينشأ الانحلال ، واحيانا ألم غير شديد في الرأس . وتشكو المرأة عادة من حرقة في منطقة الاعضاء التناسلية الخارجية . وتنخفض ، بعد ٤ — ٥ أيام ، الحرارة ، وتتحسن حالتها ، ويتنظف الجرح من الطلاء ويلتئم تدريجيا بالمقصد الثاني . وتنفذ المكروبات ، عند وجود ظروف غير ملائمة ، من القرحة الى أعماق الأنسجة ويتم انتشار العدوى .

العلاج . ملازمة الفراش ، التنظيف باعتناء ؛ يجرى وضع مناشف من الشاش المشبع بالمستحلب الحاوى على السينتومتسين على جرح العجان. ويستخدم طباب الدم الذاتي. ويوضع في الأيام الاولى على العجان كيس من الثلج . ويخصص ٠,٥ — ١ غرام من السولفات كل ٤ ساعات ٥ — ٦ مرات في اليوم ، البنسلين مع الستربيتومايسين .

التهاب جسم الرحم وبطانته

التهاب جسم الرحم وبطانته النفاسى (metroendometritis) — هو التهاب السطح الداخلي للرحم : الطبقة القاعدية لبطانة الرحم ، قصاصات الغشاء الساقط وطبقة الألياف العضلية المتاخمة له. وتظهر أعراض المرض السريرية في اليوم ٣ — ٤ بعد الولادة . فترتفع الحرارة ، ويتسرع النبض (وفقا للحرارة) ، وتقل الشهية ، ويسوء النوم . وقد تصحب بداية المرض قشعريرة خفيفة .

فالرحم حساس عند الجسّ ، تتباطأ عملية تطوره المعكوس (أوب جزئي) ، وتصبح الهلابة عكرة ، دموية قيحية . وللهلابة أحيانا رائحة كريهة .

ويلاحظ أحيانا عند التهاب جسم الرحم وبطانته نعوق الهلابة في الرحم (احتباس الهلابة في الرحم) جراء انحناء الرحم أو انسداد قناة العنق بخثرة من الدم ، بجزيئات الأغشية .

ويصحب احتباس الهلابة فى الرحم ارتفاع جديد للحرارة وتدهور الحالة الصحية ، وتظهر آلام على شكل مغص أسفل البطن .

ويمكن أن يسير التهاب جسم الرحم وبطانته بصورة خفيفة مع حرارة خفيفة . ويصبح التهاب جسم الرحم وبطانته ، عند سيره بصورة غير مرضية ، مركز لنشر العدوى التسممية .

العلاج . ملازمة الفراش ، وضع كيس من الثلج على البطن ، طباب الدم الذاتى ، ١٠ مليليترات من محلول كلوريد الكالسيوم المركز نسبة ١٠٪ بعد كل ١ ـ ٢ يومين فى الوريد ، أو ١ ملعقة طعام واحدة من المحلول المركز بنسبة ١٠ ٪ ٣ ـ ٤ مرات فى اليوم عن طريق الفم ، ٠,٥ ـ ١ غرام من السولفات كل ٤ ساعات ٥ ـ ٦ مرات فى اليوم ، ٥٠٠٠٠ ـ ١٠٠٠٠٠ وحدة قياسية من البنسلين كل ٣ ـ ٤ ساعات .

ويوجد التهاب جسم الرحم وبطانته النفاسى ليس التسممى فقط ، بل والسيلانى المنشأ . وتنفذ مكوّرات السيلان ، لدى النساء المصابات بالالتهاب السيلانى للغشاء المخاطى لقناة العنق ، الى باطن الرحم مسببة التهاب جسم الرحم وبطانته . وتستطيع مكورات السيلان أن تنفذ فيما بعد الى الأبواق مسببة التهاب الأبواق ، المبيضين وبريتون الحوض .

يظهر التهاب جسم الرحم وبطانته السيلانى فى اليوم ٦ ـ ٨ بعد الولادة بالأعراض التالية : ارتفاع الحرارة ، تعوّق تطور الرحم العكسى وظهور الآلام فيه ، افرازات قيحيّة أو مخاطية قيحية . ويجرى التأكد من التشخيص عن طريق الفحص المجهرى لافرازات الرحم . ويستعمل ، عند التهاب جسم الرحم وبطانته السيلانىّ بنجاح البنسلين بمقدار ٥٠٠٠٠ ـ ١٠٠٠٠٠ وحدة قياسية بعد كل ٣ ـ ٤ ساعات وأدوية السولفات .

ان العناية بالمصابات بالسيلان يجب أن تنظم بحيث تستبعد امكانية انتقال العدوى الى الطفل والنفساوات الأخريات. فيجب عدم تنظيف غرفتهن إلا بعد أن تنظف بقية الغرف، كما يراعى أن تستعمل النفساء القصرية الخاصة بها ، وأن تغسل يديها بصورة جيدة قبل ارضاع الطفل.

أمراض المرحلة الثانية من انتشار عدوى التسمم

التهاب الرحم (metritis)

خلافا لالتهاب جسم الرحم وبطانته ، عند التهاب الرحم تصاب الطبقات العميقة لعضلات الرحم . فتنفذ الميكروبات عبر الطرق الدموية واللمفاوية من بطانة الرحم المصابة :

ويظهر المرض فى اليوم ٤ — ٧ بعد الولادة ويستمر ٣ — ٤ أسابيع. فتلاحظ فى بداية المرض القشعريرة ، وترتفع درجة الحرارة الى ٣٩ — ٤٠° ، وهى تنخفض فيما بعد . وتتدهور الحالة الصحية العامة ، النوم ، الشهية ، وتشكو المرأة من الألم فى الرأس . فيتأخر تطور الرحم العكسى ، ويلاحظ ظهور الألم فى الرحم عند جسه ، سيما فى الجوانب (فى أثر الأوعية) . والهلابة تكون مهليّة — قيحيّة أو مصلية — قيحيّة .

التهاب جنيب الرحم

التهاب جنيب الرحم (parametritis) — هو التهاب النسيج الخلالى قرب الرحم . تنتقل العدوى الى النسيج الخلالى عادة عبر تمزقات عنق الرحم والمهبل . والتهاب جنيب الرحم يكون فى معظم الأحوال من جهة واحدة ، وقلما يكون من الجهتين . وينتشر الالتهاب ، عند سير المرض بصورة سيئة ، الى جميع أنحاء النسيج الخلالى للحوض الصغير . فيتكون فى النسيج الخلالى الملتهب فى البداية انصباب مصلى ، ومن ثم يتجمع الفيبرين ويتكثف النضح . ويجرى فيما بعد زوال النضح أو تقيحه .

يبدأ التهاب جنيب الرحم فى اليوم ١٠ — ١٢ بعد الولادة بقشعريرة وارتفاع الحرارة الى ٣٩ — ٤٠° ، فيتسرع النبض ، او تظهر آلام أسفل البطن ، ويظهر عند انتشار الالتهاب باتجاه المثانة والمستقيم خلل فى وظيفة هذه الاعضاء (تبول مؤلم وكثير ، الألم عند التبرز ، الامساك) . ويتعين عند الفحص المهبلى جنب الرحم رشح (فى البداية — لين ، ومرصوص — فيما بعد) ، يصل الجدار الجانبى للحوض ، فيتحول الرحم الى الجانب المقابل للرشح .

ان سير التهاب جنيب الرحم مختلف . فتنخفض الحرارة عادة تدريجيا ويتم زوال الرشح . وقلما يشاهد التقيح المصحوب بالقشعريرة ، الحرارة العالية من النوع الهاجع ، تدهور الحالة الصحية العامة . فاذا لم يجر فتح الخراج ، يمكن أن ينفتح تلقائيا (فى المهبل ، فوق الرباط الأربى أو تحته ، فى المثانة الخ) .

التهاب البوق والمبيض (التهاب ملحقات الرحم)

ان التهاب ملحقات الرحم (المبيضين والبوقين) (salpingoophoritis, adnexitis) يعود الى العدوى التسممية أو القيحية . يبدأ المرض فى اليوم ١٠ — ١٤ بعد الولادة . الأعراض : ارتفاع الحرارة ، سوء الحالة الصحية العامّة ، قلة الشهية ، آلام شديدة أسفل البطن ،

اختلال التبول ، الألم عند التبرز ، امساك . يكون البطن فى الأيام الأولى من المرض متوترا ، شديد الألم عند الجس ، ويمكن أن يكون عرض شوتكين ـ بلومبيرغ موجبا .

وعند الفحص باليدين يظهر الألم ويحس ازدياد حجم الملحقات، التى تكون حركتها محدودة من جراء تكوّن الالتصاقات مع الأعضاء المجاورة . ان سير المرض مختلف : فمن الممكن الشفاء السريع ، او التحول الى الشكل المزمن ، وتكوّن الخراجات فى البوق أو فى المبيض .

التهاب بريتون الحوض

التهاب بريتون الحوض (pelveoperitonitis) ـ هو التهاب بريتون الحوض الصغير . وينشأ التهاب بريتون الحوض النفاسى نتيجة لانتقال العدوى التسممية أو السيلانية . وبالنظر لالتهاب بريتون الحوض ، يتكون فى تجويف الحوض الصغير فى البداية انصباب مصلى ـ فيبرينى ، الذى يمكن ان يتقيح فيما بعد . ان الطبيعة الفيبرينية للانصباب تساعد على تكوّن الالتصاقات بين أعضاء الحوض الصغير ، الامعاء والثرب . فتتكون نتيجة للالتصاق كتلة ؛ يصعب تحديد الرحم والأعضاء الأخرى فيها .

يبدأ المرض فى اليوم ١٥ ـ ٢٥ بعد الولادة . فتلاحظ قشعريرة ، وحرارة عالية (٣٩ ـ ٤٠°) ، وآلام شديدة أسفل البطن ، وفى الأيام الأولى من المرض يلاحظ الغثيان ، التقيؤ وتوتر عضلات البطن ، وايجابية عرض شوتكين ـ بلومبيرغ واختلال الحالة الصحية العامة والنوم ، وتسرع النبض ، وجفاف اللسان وابيضاضه .

ان هذه الظواهر العاصفة ، سرعان ما تخفت ، عند العلاج الصحيح ، ويتحدد الرشح فى الحوض الصغير ويتعرض الى الزوال بصورة تدريجية . وتبقى الالتصاقات ، فيما بعد ، بين أعضاء الحوض الصغير . ويلاحظ عند التهاب بريتون الحوض أحيانا ، تقيح الانصباب ، فاذا لم يتم فتح الخراج ، يجرى اختراقه تلقائيا (فى المهبل ، فى المثانة الخ) ، من الممكن انتشار عملية الالتهاب ونشوء التهاب البريتون المنتشر .

ويستند علاج التهاب الرحم ، والتهاب جنيب الرحم ، والتهاب البوق والمبيض ، والتهاب بريتون الحوض الى المبادئ العامة التالية :

١ . ملازمة الفراش بصورة صارمة . فالهدوء يساعد على عزل عملية الالتهاب والقضاء العاجل عليها . فينبغى ، عند التهاب بريتون الحوض ايجاد وضعية مرتفعة للقسم العلوى من

الجذع (رفع النهاية الرأسية للسرير) . ويتم القيام بالفحص المهبلى بقدر الحاجة فقط : ومن الضرورى الهدوء النفسى .

٢ . وللعناية الدقيقة (المحافظة على نظافة الجلد ، تبديل البياضات بكثرة ، وتهوية الردهة وغيرها) والتغذية الصحيحة (طعام لذيذ ومغذى ، وفيتامينات) أهمية عظمى . وتنظم العناية والتغذية حسب القواعد المتبعة مع المصابين بأمراض التسمم العام .

٣ . يستخدم ، فى المرحلة الحادة من الأمراض المذكورة ، كيس من الثلج على أسفل البطن ، وتحاميل مزيلة للألم .

٤ . يخصص العلاج المضاد للالتهاب : ١٠ مليلترات من كلوريد الكالسيوم بتركيز ١٠ ٪ بعد كل يوم — يومين فى الوريد أو ملعقة طعام واحدة من نفس المحلول ٣ — ٤ مرات فى اليوم داخليا، ١ ملعقة طعام من الأميدوبيرين بتركيز ٢ ٪ ٣ — ٤ مرات فى اليوم.

٥ . يجرى استعمال البنسلين مع الستريبتومايسين والمضادات الحيوية الاخرى . ويحقن البنسلين فى محلول النوفاكائين (محلول ٠,٢٥ — ٠,٥ ٪) . وتتوقف جرعة المضادات الحيوية على الصورة السريرية وحساسية الميكروب — المثير ويحقن ٦٠٠ ٠٠٠ — ٨٠٠ ٠٠٠ وحدة قياسية فى اليوم عادة . ويتم بنجاح استعمال أدوية السولفات (السولفاديميزين ، الايتازول وغيرها) ، التى لها خاصية مضادة للالتهاب وللبكتريا . وتوصف السولفات فى اليومين الأولين بمقدار ١ غرام كل ٤ ساعات ، و ٠,٥ غرام كل ٤ — ٦ ساعات فى ٢ — ٤ أيام التى تليها .

٦ . يجرى حقن الجلوكوز فى الوريد . وينصح فى المرحلة دون الحادة بطباب الدم الذاتى أو اعادة نقل كميات غير كبيرة من الدم .

٧ . يجرى عند تقيح الرشح فى النسيج الخلالى لجنيب الرحم وفى بريتون الحوض ، استخدام العلاج الجراحى . فيفتح الخراج عبر القبوة الخلفية للمهبل (شق المهبل) أو عبر جدا البطن (عند التهاب جنيب الرحم) تبعا للمدخل الأفضل .

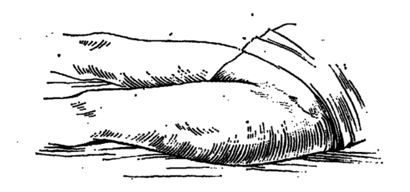
التهاب الأوردة التجلطى

التهاب الاوردة التجلطى (trombophlebitis puerperalis) — هو التهاب جدار الوريد الذى يعقبه تكون الجلطة ، التى تغلق مجرى الوريد وبذلك يتم اختلال دوران الدم . فيلاحظ

التهاب الاوردة التجلطي لاوردة الرحم ، الحوض والفخذ . فالالتهاب التجلطي لأوردة الرحم (التهاب أوردة الرحم التجلطي) يحدث نتيجة لالتهاب جسم الرحم وبطانته . وتذكر الاعراض العامة بصورة التهاب الرحم . ومن مميزاته ، تأخر التطور العكسي للرحم وافرازات دموية طويلة . وينتشر الالتهاب ، عند الظروف السيئة ، الى أوردة الحوض ، التي تلمس عند الفحص المهبلي على شكل رسنات ملفوفة مؤلمة . ويحدث عند الانتشار اللاحق للالتهاب جلط الاوردة الحرقفية ، ومن ثم اوردة الفخذ . ويحدث مرض نفاسي شديد — هو التهاب لاوردة التجلطي لاوردة الفخذ .

ان التهاب الاوردة التجلطي لأوردة الفخذ (trombophlebitis venae femoralis) يظهر سريريا في الاسبوع ٢ — ٣ بعد الولادة . كثيرا ما تلاحظ في بداية المرض القشعريرة ، تبقى الحرارة على مستوى عال ، والنبض سريع ، تشكو المريضة من ألم في الرجل ، وكثيرا ما يظهر الم في الرأس ، الارق والشكاوى الأخرى .

يظهر الالتهاب التجلطي لاوردة الفخذ موضعيا : استواء المنطقة الاربية ، وجود كثافة الم في موضع الوريد (السطح الأمامي — الداخلي للفخذ أسفل رباط « بوبارت ») ، خزب



شكل ١٠٠ . التهاب وريد الفخذ الايسر التجلطي

الارجل (شكل ١٠٠) . وكثيرا ما يبلغ الخزب حجما كبيرا جدا . وتبقى الحرارة العالية خلال ٢ — ٣ أسابيع ، والخزب خلال شهر او شهرين. وتشعر المرأة في دور الشفاء بتسلل القشعريرة في الرجل المصابة .

ويجرى علاج التهاب الاوردة التجلطي حسب القواعد العامة المتبعة في علاج التسمم الدموى الجرثومي وتعفن الدم وتقيحه ، لكن مع ملاحظة بعض الخصائص .

١ . من الضرورى الهدوء التام ، فهو يساعد على تنظيم الجلطة ويحول دون احتمال

الانسداد (اقتطاع جزيئة من الجلطة وانغلاق وعاء عضو حيوى هام بها) . ويتم عند الالتهاب التجلطى لاوردة الفخذ ، ايجاد وضعية عالية للطرف المصاب (توضع تحتها وسادة أو جبيرة) .

٢ . لا يتم استعمال نقل الدم الى وريد الرجل المصابة والحقن .

٣ . يوضع على اسفل البطن كيس من الثلج .

٤ . يجرى استعمال العلق الطبى لغرض التقليل من ظواهر الالتهاب وخفض تخثر الدم . ويوضع العلق على مسار الوريد المصاب (يغسل الجلد مقدما ، يمسح ويدهن بمحلول السكر) ٥ ــ ٧ وحدات ، تسقط تلقائيا بعد أن تمتص الواحدة ١٠ ــ ١٢ مليلترا من الدم ومن المفضل اعطاء مضادات التخثر .

٥ . عندما يبدأ الالتهاب بالخفوت يوضع على طول الرجل ضماد مع مرهم فيشنفسكى ويجرى ابدالها بعد ٧ ــ ٨ ايام .

٦ . العلاج بالادوية هو نفسه كما فى الأمراض التسممية العامة . ويفضل وصف الستريبتومايسين والبيومايسين من المضادات الحيوية .

٧ . يسمح للمريضة بالحركة النشيطة عند وجود حرارة طبيعية خلال ٣ أسابيع وانخفاض حركة ترسب الكريات الحمر حتى ٣٠ مم فى الساعة وأقل .

أمراض المرحلة الثالثة من انتشار العدوى النفاسية

ينتسب الى هذه المجموعة التهاب البريتون الحاد المنتشر والتهاب الاوردة التجلطى المتقدم .

التهاب البريتون الحادّ المنتشر

ينشأ التهاب البريتون الحادّ المنتشر فى اليوم ٣ ــ ٨ بعد الولادة . ويتصف المرض صورة سريرية شديدة : غثيان ، تقيؤ ، انتفاخ البطن (يمكن ان ينعدم عرض « شوتكين ــ بلومبيرغ ») ، ارتفاع الحرارة (عند وجود سير شديد جدا لا ترتفع الحرارة) ، نبض سريع وضعيف ، انخفاض الضغط الشريانى ، جفاف اللسان ، حدّة ملامح الوجه ، وفى الحالات الشديدة هذيان .

التهاب الاوردة التجلطى المنتشر

يتصف لتهاب الأوردة التجلطى المنتشر بأن الالتهاب الذى يصيب جدار الاوردة وعملية تكون الجلطة لا ينحصر فى منطقة ما وانما ينتشر على امتداد الأوردة . وكثيرا ما تلين الجلطة المتكونة وتتقيح ، فتقع اجزاؤها المتلوثة فى الدورة الدموية ، وتنقل الى جميع انحاء الجسم ، فتترسب فى الأعضاء والأنسجة مكونة فى هذه الاماكن مراكز جديدة لميكروبات التسمم .

وتتغلف الخراجات فى الوريد أحيانا بالأجربة ، ولا يتم انتشار الميكروبات الى جميع انحاء الجسم.

ان طرق علاج التهاب البريتون الحادّ المنتشر والتهاب الأوردة التجلطى المنتشر هى نفسها عند الاصابة بالعدوى التسممية العامة (عمومية) .

أمراض المرحلة الرابعة من انتشار العدوى التسممية (عدوى تسممية عمومية)

ينتسب الى العدوى التسممية العمومية التسمم الدموى الجرثومى وتعفن الدم وتقيحه :

التسمم الدموى الجرثومى

التسمم الدموى الجرثومى — مرض تسممى عام شديد ، يتصف بأن الميكروبات الواقعة فى الدم ، تتكاثر فيه وتنتقل الى جميع أنحاء الجسم ، وان سموم الميكروبات تسبب تسمم الجسم . وتنشأ فى القلب ، الأوعية ، الكبد ، الكليتين والأعضاء الأخرى ظواهر سغلية بارزة بشدة .

يبدأ المرض فى اليوم ٢ — ٣ بعد الولادة بقشعريرة ، وارتفاع درجة الحرارة الى ٤٠ — ٤١° ، وتدهور شديد فى الحالة العامة . فالمريضة خاملة ، نعسى ، تشكو من الألم فى الرأس ، ويلاحظ أحيانا التهيج والهذيان . النبض ضعيف متسرع (١٢٠ — ١٣٠ ضربة فى الدقيقة) ، اللسان جاف ، مغطى بالبياض ، الجلد جاف بصبغة رمادية أو صفراء ،

وكثيرا ما تظهر عليه انسكابات للدم دقيقة ، واحيانا ضخمة (طفح) . وغالبا ما يلاحظ الاسهال . وكثيرا ما يحدث ازرقاق الأطراف الذى يعود الى ضعف نشاط القلب . ويتسنى ، عند زرع الدم ، اكتشاف مسبب التسمم الدموى الجرثومى . ويموت المرضى فى كثير من الحالات حتى عند العلاج بالطرق الحديثة .

تعفن الدم وتقيحه

تدخل الميكروبات ، عند تعفن الدم وتقيحه ، بصورة دورية الى الدم (من المراكز الموجودة للعدوى التسممية) وتكون فى المراكز المختلفة والأنسجة مراكز جديدة للعدوى (انبثاثية) ، والتى تتعرض عادة للتقيح .

وكثيرا ما يكون المركز الرئيسى لانتشار العدوى هو التهاب الاوردة التجلطى المتقيح . ومن هنا تنسلخ جزيئات الجلطة المتلوثة وتحمل الى الجسم . وتتكون المنقولات القيحية فيما بعد فى القلب ، الرئتين ، النسيج الخلالى (الفلغمونات ، الخراجات) وفى الأعضاء والأنسجة الأخرى .

وبين الصورة السريرية لتعفن الدم وتقيحه، والتسمم الدموى الجرثومى كثيرا من التشابه (الحالة الخطرة ، الحرارة العالية ، القشعريرة ، النبض المتسرع وغيرها) . الا انه توجد هنالك بعض الخصائص ، التى تعود الى انه عند تعفن الدم وتقيحه تتكون انتقالات فى الأعضاء المختلفة . وتبعا لذلك تنضم علامات اصابة هذا العضو او ذاك (الرئة ، القلب وغيرها) الى الأعراض النموذجية للعدوى التسممية العمومية . ويصحب ارتداد مركز العدوى الباث بعض التحسن فى الحالة العامة ، انقطاع القشعريرة وانخفاض الحرارة .

وتظهر مرة أخرى عند حدوث مركز باث جديد ، القشعريرة وترتفع الحرارة ، وتسوء الحالة العامّة وتظهر أعراض اضافية متعلقة باصابة هذا العضو او ذاك .

علاج التسمم الدموى الجرثومى وتعفن الدم وتقيحه . المهام الأساسية فى العلاج : أ) العمل على رفع مقاومة جسم المريضة ، ب) التأثير على العامل المسبب (اضعافه ، ايقاف نموه) . وينحصر العلاج فى ما يلى :

١ . للعناية الدقيقة بالمرضى أهمية عظمى . فالعناية الصحيحة تساعد على رفع مقاومة الجسم وتحدّد نجاح كل العلاج .

فمن الضرورى تهوية الردهة بصورة منتظمة ، والمحافظة على نظافتها . وتغيير بياضات الفراش والجسم بكثرة ، سيما عند التعرق الغزير ، ويتم تبديل الحضائن الداخلية بقدر التوسخ . ويجب ان تكون الحضائن الداخلية جافة ، ومستوية بصورة جيدة (بدون ثنايا) . وللعناية بتجويف الفم والجلد أهمية كبيرة . فمن الضرورى غرغرة الفم وتنظيفه صباحا ، نهارا بعد تناول الطعام وليلا .

ويمسح الفم بقطنة مبللة بمحلول حامض البوريك الخفيف أو بالبورق مع الغليسيرين (Boracis, glycerini āā 15.0) ويمسح الجلد يوميا بمحاليل الكحول الخفيفة ، بالكولونيا ، وحامض الخليك العطرى :

ولغرض تجنب قرح الفراش (التى تتكون عند العدوى التسممية بسهولة) يجرى تنظيف منطقة العجز ، العمود الفقرى ولوحى الكتف يوميا بالكافور الممزوج مع الكحول (بالاضافة الى مسح كل الجلد) . وتوضع تحت عجز المريضة حلقة من المطاط .

ويجرى تنظيف الأعضاء التناسلية الخارجية ما لا يقل عن مرتين فى اليوم .

٢ . تعتبر التغذية الصحيحة أهم شرط لرفع مقاومة الجسم : يجب أن يكون الطعام مغذيا ، لذيذا ، متنوعا ، سهل الهضم . فتعطى كمية كبيرة من السكر ، وينصح تناول الدهنيات على شكل قشطة ، زبدة ، وتعطى الزلاليات على شكل كستليتة من اللحم مهبلة ، سمك مسلوق ، دجاج مسلوق ، بيض ، جبن قريش . ويعطى فى حال عدم اصابة الكليتين الكافيار والرنجة وغيرها بكميات غير كبيرة لتحسين الشهية . ومن المفيد اعطاء الفواكه وعصيرها . ومن الضرورى تناول كمية كافية من السوائل . وينصح بتناول الشاى ، القهوة ، شراب الفواكه ، المياه المعدنية القاعدية . ويعطى النبيذ بجرعات غير كبيرة .

٣ . لغرض رفع مقاومة الجسم توصف الفيتامينات (C ، A ومجموعة B وD وغيرها) ، ٢٠ ــ ٤٠ مليغرام من محلول الجلوكوز المركز ٤٠ ٪ فى الوريد ، او حتى لتر أو لترين من المحلول المركز ٥ ٪ تحت الجلد . وليست هنالك دواعى لنقل الدم الى الوريد عند وجود التهاب الاوردة التجلطى . ويتم اللجوء باعتناء الى نقل كميات غير كبيرة من للدم . ويجرى بانتظام تناول أدوية القلب (بالدرجة الاساسية الكافور) ، والأدوية التى ترفع من انتاج الدم والتى تعمل على تحسين عمليات الهضم .

٤ . يجرى استعمال المضادات الحيوية : التيتراتسيكلين ، البايوميتسين ، الايريترامايسين وغيرها .

ان اقتران المضادات الحيوية التالية هو اكثر فعالية : أ) البنسيلين مع الستريبتومايسين ، ب) . الايريترومايسين مع التتراتسكلين ، ج) اوليانذومايسين مع التيتروتسيكلين ، د) التيتراتسيكلين مع السولفات .

وتستعمل عادة الجرعات اليومية التالية من المضادات الحيوية : ٨٠٠٠٠٠ وحدة قياسية من البنسيلين ، ١٠٠٠٠٠٠ وحدة قياسية من الستريبتومايسين ، ٨٠٠٠٠٠ وحدة قياسية من التيتراتسكلين ، ٨٠٠٠٠٠ وحدة قياسية من الايريترومايسين ، ٨٠٠٠٠٠ وحدة قياسية من الاوليانذومايسين . ويستعمل الايريترومايسين والاوليانذومايسين عند اقترانهما بالتيتراتسكلينات فى جرعة مقدارها ٤٠٠٠٠٠ وحدة قياسية فى اليوم . ويجرى استعمال المضادات الحيوية النصف مركبة صناعيا والجديدة الأخرى .

ولادوية السولفات عند الأمراض التسممية وبضمنها العمومية مفعول جيد . وتعطى السولفات فى الأيام الاولى بجرعات كبيرة (غرام واحد بعد كل ٤ ساعات ، ومن ثم يجرى تخفيفها تدريجيا) .

الوقاية من أمراض النفاس التسممية . للوقاية أهمية رئيسية وحاسمة فى مكافحة عدوى النفاس التسممية .

ويعتبر مبدأ الوقاية من عدوى النفاس التسممية ، حجر الزاوية فى تنظيم كل عمل العيادات الاستشارية للنساء وخاصة دور التوليد . ومما يساعد على تجنب أمراض النفاس هو جميع اجراءات تقوية جسم الحامل (التغذية ، النظام الصحيح ، حفظ صحة الجسم ، اكتشاف جميع مراكز العدوى فى حينه وازالتها ، والحفاظ على الحامل من الاحتكاك بالمصابين بالامراض المعدية) . وللتطهير الدقيق عند التوليد ، والعناية الصحيحة فى دور النفاس ، والاعتناء الذاتى بصحة العاملين فى المؤسسة ، وعزل النفساوات المحمومات عن السليمات ، أهمية استثنائية . وللوقاية من الاصابة بأمراض المكورات العنقودية تلقح الحوامل باللقاحات الخاصة :

وتلعب مكافحة الحالة الرضية فى الولادة وتجنب النزيف الدموى والاختلاطات الأخرى التى تخفض مقاومة جسم المرأة ، دورا هاما .

ويعتبر العمل فى مجال التوجيه الصحى بين الحوامل والنفساوات شرطا هاما لتجنب أمراض النفاس :

التهاب الثدى النفاسى

يحدث أحيانا فى دور النفاس التهاب الثدى (التهاب الغدة اللبنية) .

وتعتبر الميكروبات القيحية وبالدرجة الرئيسية المكورات العنقودية وبدرجة أقل المكورات العقدية والميكروبات الأخرى ، عوامل مسببة لالتهاب الغدة اللبنية . فيجرى انتقال الميكروبات القيحية الى جلد الحلمات بالايدى المتلوثة ، البياضات الملوثة ، وبواسطة انتقال العدوى عن طريق الهواء .

وتعتبر شقوق الحلمات منافذ لدخول الميكروبات الموجودة على جلد الثدى . وتستطيع الميكروبات ان تنفذ الى الثدى عن طريق الاصابات المجهرية لظهارة جلد الحلمات التى تتكون عند الرضاعة .

وفى حالات نادرة يجرى انتقال الميكروبات الى الثدى عن طريق السائل اللمفاوى او الدم من المراكز الملوثة الاخرى .

يبدأ التهاب الثدى النفاسى عادة بارتفاع مفاجىء للحرارة حتى ٣٩° وأكثر ، واحيانا بالقشعريرة . فيظهر ألم فى الثدى ، وانحلال عام ، وألم الرأس ، واختلال النوم، وقلة الشهية للطعام . ويكبر الثدى ، ويحس فى أعماقه جزء مؤلم كثيف نوعا ما ، ليست له حدود واضحة ، ويلاحظ احمرار الجلد أحيانا فوق الجزء المصاب . وكثيرا ما تكبر العقد اللمفاوية الابطية وتصبح حساسة :

ان عملية الالتهاب تؤدى الى انسداد مجارى الثدى ، ولهذا يتكون ركود اللبن فيه .

ويمكن أن تنقطع عملية الالتهاب فى هذه المرحلة ويحل فيما بعد الشفاء .

وعند الظروف غير الملائمة (هبوط مقاومة الجسم ، عدوى فوعية ، علاج غير صحيح) تتصاعد عملية الالتهاب ويتعرض الرشح الى التقيح (التهاب الثدى القيحى) :

تسوء عند التقيح الحالة العامة وكثيرا ما تظهر القشعريرة، والحرارة يمكن ان تكون منخفضة. ويشتد الألم فى الثدى ، ويتكون فى الرشح الكثيف جزء متحرك ، يكون الجلد فوقه محتقنا مزرقا . وكثيرا ما يكون سير التهاب الثدى القيحى خطرا وطويلا .

الوقاية من الشقوق فى الحلمات وعلاجها . ان الوقاية من التهابات الثدى النفاسية تتلخص فى المحافظة على سلامة الثديين وتجنب تشقق الحلمات . ومما يساعد على تجنب شقوق الحلمات هو العناية بالثديين أثناء الحمل ، وارضاع الطفل بصورة صحيحة . ولغسل الثديين

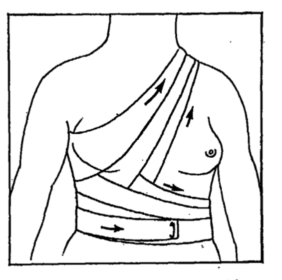
يوميا بالماء الفاتر ومسحهما بمنشفة خشنة أهمية فى هذا المجال وينصح عند وجود قشور لبنية على الحلمات (من اللبأ المفروز) بغسل الحلمات بمحلول حامض البوريك المركز ١ ٪ .

ومن الضرورى عند الرضاعة العمل على أن يأخذ الطفل الحلمة سوية مع الحلقة المحيطة بالحلمة . ومن المهم للغاية المحافظة على نظافة الثديين للأم المرضعة بصورة صارمة .

وينصح ، عند نشوء الشقوق ارضاع الطفل عبر وصلة وتنظيف الحلمات ، بعد الرضاعة بمحلول البنسيلين (١٠٠٠٠ وحدة قياسية الى ١ مليلتر من المحلول الفيزيولوجى) ، وترش الشقوق بمسحوق الستريبتوتسيد الأبيض . ويمكن استعمال المحلول الكحولى للزراق المثيلينى .

علاج التهاب الثدى . يمكن فى بداية المرض وضع كيس من الثلج على الثدى . ويوضع مقدما على الثدى ضماد يثبتها فى وضع شبه مرتفع (شكل ١٠١) . ويمكن بدء العلاج بضمادات مدفئة مع مرهم فيشنيفسكى أو مع دهن الكافور . ويوصف فى الوقت نفسه ٨٠٠ ٠٠٠ — ٥٠٠ ٠٠٠ وحدة قياسية من المضادات الحيوية فى اليوم . ويجرى استعمال السولفات بنجاح . ان علاجا من هذا القبيل يؤدى الى الشفاء عادة . فاذا تأخر التطورالعكسى للرشح ، يستعمل طباب الدم الذاتى . ان الشرط المهم فى العلاج بعد اخلاء الثدى . ولهذا عند عدم وجود تقيح يجرى الاستمرار فى ارضاع الطفل أو استخدام آلة مص الحليب .

ويجرى القيام بالعلاج الجراحى عند التهاب الثدى القيحى (فتح الخراج) ويمكن الاكتفاء ، عند وجود خراج غير كبير بتفريغ القيح بالحقنة وادخال البنسيلين فيما بعد فى التجويف المتكون.



شكل ١٠١ . تضميد الثدى فى وضع الرفع

اختلاطات النفاس وأمراضه اللاإنتانية المنشأ

كثيرا ما يلاحظ فى دور النفاس اعتلال التبول وتأخر البراز : ومن السهل زوال هذه الاختلالات اذا ما تمت قيادة دور النفاس بصورة صحيحة .

وقلما تلاحظ الصدمة الولادية ، الانسداد الغازى ، التشنج النفاسى ، وجنون النفاس .

الصدمة الولادية . يمكن أن تحدث الصدمة الولادية بعد الولادة الشديدة المؤلمة أو الجامحة وعمليات القبالة التى تتم بدون تخدير ، وعند اعتصار المشيمة الفظ بموجب طريقة «كريدى». وتحل الصدمة على أثر ولادة الجنين أو بعد خروج المشيمة. ويمكن ان تحدث الصدمة بدون أن يسبقها فقدان الدم . الا أن النزيف الدموى الذى يضعف جسم المرأة يساعد على نشوء الصدمة .

يظهر لدى المرأة فجأة شحوب الجلد والأغشية المخاطية المرئية ، دوار الرأس ، الغثيان ، التقيؤ والعرق البارد ؛ فالنبض خيطى ، والضغط الشريانى منخفض . كثيرا ما تنشأ حالة من الاغماء ؛

العلاج . زرق المانتوبون تحت الجلد ، تدفئة المريضة ، نقل الدم ، حقن الجلوكوز فى الوريد ، والادوية القلبية (الكافور ، والكوفيين) .

الانسداد الغازى . اذا وقع الهواء فى الاوردة المفتوحة للرحم النفاسى فانه ينفذ عن طريق الوريد الأجوف السفلى الى القلب والشريان الرئوى . فتحدث لدى المرأة حالة خطرة (شحوب ، توسع الحدقات وهبوط نشاط القلب والتنفس) ، وتموت بسرعة .

والانسداد الغازى هو من المضاعفات النادرة . فهو يمكن ان ينشأ فى لحظة القيام بالعمليات القبالية (قلب الجنين ، الفصل اليدوى للمشيمة وغيرها) ، وعند الجيئة بالمشيمة ووهن الرحم .

جنون النفاس . يحدث احيانا فى دور النفاس تأزم واشتداد انفصام الشخصية السابق ، والجنون الهوسى الاكتئابى والامراض الأخرى . ويظهر الجنون أحيانا بعد الولادة ، لأول مرّة . ان جنون النفاس فى الوقت الحاضر نادر جدا .

من الضرورى ، عند ظهور أعراض الجنون استدعاء الطبيب بسرعة وفرض الرقابة الدائمة على المريضة . ولا يتم ترك المريضة ولا للحظة ، لأنه من المحتمل وقوع أحداث مشؤومة . وتنقل المريضة الى مستشفى الأمراض العقلية .

الباب الثالث عشر

عمليات القبالة

الدواعي والشروط

يجرى اتخاذ قرار القيام بالعمليات القبالية على أساس الفحص الدقيق للماخض (أو الحامل) . وتسمى جميع أمراض واختلاطات الحمل والولادة التي تسبب الحاجة الى التوليد الجراحي بالدواعي الى العمليات القبالية . ويمكن أن تصلح كدواعي ، الاختلاطات الخطرة على الأم (أمراض القلب ، التشنج الحملي ، وجيئة المشيمة وغيرها) وعلى الجنين (الاختناق) ، وشذوذ طرق الولادة (ضيق الحوض ، ضيق المهبل وغيرها) ، وشذوذ القوى الطاردة وغيرها .

ويجرى بالاضافة الى الدواعي ، معرفة الشروط ، أي مجموع المعطيات التي تسمح باستعمال هذه العملية القبالية أو تلك. فمثلا أن الوضع المستعرض للجنين يصلح أن يكون داعيا للتوليد الجراحي . غير ان انتقاء هذه العملية أو تلك (القلب الخارجي ، القلب الكلاسيكي للجنين على القدم ، العملية القيصرية ، وتقطيع الجنين وغيرها) يتوقف على الظروف التي يمكن عندها القيام بالعملية ؛

وتنتسب الى هذه الظروف درجة انفتاح المزرد ، حالة كيس الجنين ، خصائص الحوض ، علاقة الرأس بالحوض وأمور كثيرة أخرى .

ان جميع عمليات القبالة يقوم بها ، كقاعدة ، الطبيب . وتكون القابلة ملزمة في الحالات الطارئة وعند استحالة مجيء الطبيب الى الماخض في الحين أو نقلها الى المستشفى ، بالقيام بالعمليات القبالية التالية ، مع اتباع جميع قواعد التطهير ومنع التقيح بدون اللجوء الى التخدير العام : قلب الجنين على قدمه عند سلامة كيس الجنين أو خروج المياه قبل وقت غير بعيد (عند وجود القابلية على التحرك لدى الجنين) ، عند الاوضاع المستعرضة والمائلة ، وانتشال الجنين من النهاية الحوضية ، الفصل اليدوي للمشيمة وأجزائها واخراجها ، وخياطة تمزقات العجان من الدرجة I و II .

التحضير للعمليات القبالية

ان الكثير من العمليات القبالية تتم بصورة طارئة . ولهذا يجب أن تكون جاهزة في دور التوليد دائما المواد المعقمة (شاش ، قطن ، حرير ، خيوط من الأمعاء) والبياضات : والأدوات المعقمة (لخياطة العجان ، واستعمال الملاقط) ، الدم والمحلول الفيزيولوجي والأجهزة لنقلها ، وكل ما هو ضروري للتخدير والتخدير الموضعي ، وأدوية للقلب ، والمطهرات والوسائل الأخرى . ويجرى تعقيم الأدوات ، عند العمليات التي تتم بصورة عادية ، قبل التدخل مباشرة .

تعقيم المواد . توضع البياضات (الصدريات ، الأقنعة ، القبعات ، الخمر ، الشراشف ، المناشف) في علبة تعقيم خاصة (طبلة) ، وتوضع المناشف المصنوعة من الشاش ، والحشو . والأربطة وغيرها في علبة تعقيم مستقلة . ويتم وضع البياضات والمناشف (الكبيرة والمتوسطة) بالعد . وتودع العلب بعد فتح فتحاتها الجانبية مقدما ، في المعقم ، وتعقم بالبخار المضغوط خلال ٤٥ ـــ ٥٠ دقيقة . ويتم السماح في حالات استثنائية ، بتعقيم مواد التضميد بالغليان .

ويجرى تعقيم القفازات المصنوعة من المطاط في المعقم (يتم رشها مقدما بالتلك) أو بالغليان لمدة ١٠ ـــ ١٥ دقيقة . ويجرى بعد الغليان تجفيف القفازات بمنشفة معقمة وذرّ التلك عليها ولفها بمنشفة .

تعقيم مواد الخياطة . يصلح ان يكون الحرير ، الخيوط العضوية (كتكوت) والكبرون، كمادة للخياطة .

يجرى تحضير الخيوط العضوية (كتكوت) بطرق مختلفة . فتلف على اسطوانات زجاجية أو على بكرات بطبقة واحدة وتودع لمدة أسبوعين في قنينة زجاجية مغطاة بسدادة زجاجية ، تحتوى الزجاجة على التركيب التالي : Kalii jodidi, Jodi ää 10,0 Spiritus aethylici 96%1000,0 بعد اسبوعين يجرى نقل الخيوط العضوية (كتكوت) ، الى وعاء زجاجي ، يحتوى على كحول ذى تركيز ٩٦ ٪ وتحفظ بهذا الشكل حتى الاستعمال .

الطريقة الأخرى في تحضير الخيوط العضوية : تمسح الخيوط العضوية بالشاش المبلل بالبنزين ويجرى خضها بدقة في الماء المقطر ، وتجفف بقماش معقم ، وتترك في وعاء

زجاجي مع محلول اليود الكحولي لعشرة ايام : Jodi 10,0 Kalii jodidi 20,0, Spiritus aethylici 96% 1000,0. وتحفظ الخيوط العضوية بعد ذلك في وعاء زجاجي، يحتوي على كحول خالص .

ويجري حلّ الحرير ، وحزمه في حزم غير كبيرة ، وغسله مرّات عديدة بالماء الفاتر والصابون ، وخضه باعتناء في الماء المقطر ، ويحفظ لمدّة ١٢ ساعة في الأثير ، ومن ثمّ في الكحول الخالص لمدة ١٢ ساعة (من الأفضل الكحول الصرف) . ويجري بعد ذلك غلي الحرير في المحلول السليماني المركز بنسبة ١ ٪ لمدة ٥ دقائق . من ثمّ يتم تحضير اليدين كما يتم قبل العملية ، ويلف الحرير المغلي على اسطوانات زجاجية معقمة او على بكرات توضع في زجاجة ذات سدادة زجاجية تحتوي على الكحول الخالص . ويجري التأكد من تعقم الحرير والخيوط المعوية في المختبر (الزرع في المرق) .

تعقيم الأدوات . يجري تعقيم الأدوات بغليها في محلول كاربونات الصوديوم المائية المركز بنسبة ١ ٪ خلال ١٥ دقيقة . ويتم الغلي في جهاز خاص للتعقيم . ويمكن تعقيم الأدوات ، عند عدم وجود جهاز التعقيم ، في قدر نظيف . ولا يجري غلي الادوات الجارحة (المشارط ، المقصات) ، بل يجري وضعها في الكحول قبل العملية بساعة واحدة — ساعتين . وتغسل الأدوات بعد العملية بفرشاة بالماء الفاتر مع الصابون ، ومن جديد يتم غليها في محلول هيدروكاربونات الصوديوم (عدا الأدوات الجارحة) وتنشيفها بدقة .

وتقوم القابلة عند عملية فتح البطن ، بعد الأدوات قبل العملية وقبل خياطة جدار البطن ، وتعد في الوقت نفسه البياضات والمناشف المستعملة أثناء العملية .

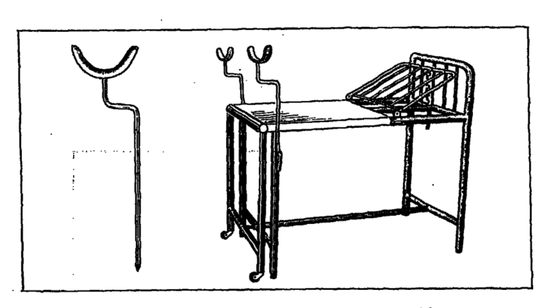
يجري تعقيم اليدين حسب طريقة سباسوكوكوتسكي — كوجيرغين ، فيوربرينغير أو آلفيلد (انظر الباب السابع من الجزء الاول لهذا الكتاب) . ويرتدي بعد تعقيم اليدين قناع ، صدرية معقمة وقفازات معقمة . ان العمليات المهبلية التي يستعمل فيها اللمس يمكن اجراؤها بدون قفازات (فهي تضعف اللمس) .

تحضير المريضة (الحامل ، الماخض ، النفساء) . يجري قبل العملية تفريغ المثانة بمسبر وتوضع الحقنة (اذا لم تكن العملية طارئة) ، ويحلق شعر الاعضاء التناسلية الخارجية ويتم بعد ذلك غسل النصف السفلي من البطن (الى السرة)، العانة ، السطح الداخلي للفخذين ، الأعضاء التناسلية الخارجية ، العجان ومنطقة الشرج ، بالماء الفاتر والصابون بواسطة قطنة توضع على الملقط . ومن ثم تجفف الأقسام المغسولة

بقماش معقم حتى تجف تماما ، وتمسح بالكحول وتدهن بمحلول اليود الكحولى المركز بنسبة ٥ ٪ . ويجرى غسل الجدار الأمامى للبطن ، عند عملية فتح البطن مرتين بالكحول ويدهن بمحلول اليود المركز بنسبة ٥ ٪ . ومن ثم يغطى جدار البطن بشرشف معقم له شق .

ويجرى عند عمليات المهبل تلبيس رجلى المريضة بجوارب معقمة من القماش ، وتتم تغطية الأعضاء التناسلية الخارجية بشرشف معقم له شق . ويمكن الاستفادة من الصدرية المعقمة واستعمال أكمامها بدلا من الجوارب .

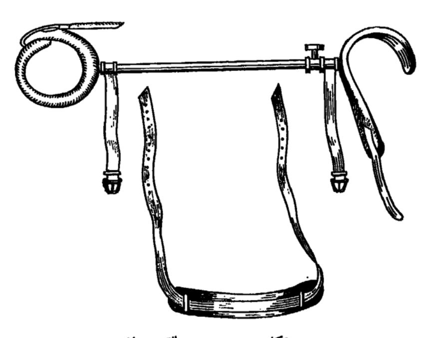
ويجرى القيام بالعمليات القبالية على طاولة خاصة للعمليات ، مكيفة لعمليات فتح البطن وعمليات المهبل . ويمكن الاستفادة من سرير « راحمانوف » للعمليات المهبلية . ويتم حشر نهاية السرير من ناحية الأرجل ، ويثبت الى رجليه ماسك الأرجل (شكل ١٠٢) ،



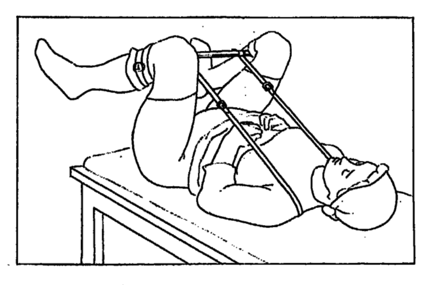
شكل ١٠٢ . سرير رحمانوف فى حالة مطوية (مع مساند القدمين)

فيقع حوض الماخض على طرف السرير ، والساقان على ماسكى الأرجل . ويوضع تحت حوض المرأة مشمع ، يتم تغطيته بشرشف معقم . وعند الضرورة القصوى يمكن القيام بالعملية على طاولة عادية ، وفى هذه الحالة تكون الساقان مثبتتين على ماسك « اوت » للأرجل

(شكل ١٠٣ و ١٠٤) أو الماسك المصنوع من الشرشف (شكل ١٠٥ ، ١٠٦ و ١٠٧) .
وباستطاعة المساعدين امساك أرجل الماخض .

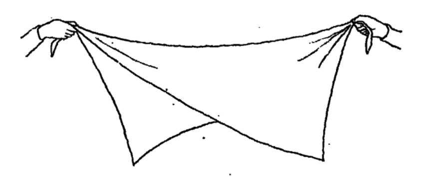


شكل ١٠٣ . مسند القدم « لاوت »

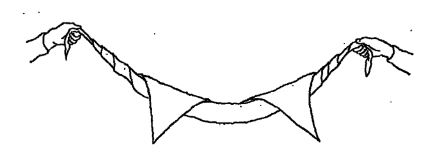


شكل ١٠٤ . تثبيت القدمين بواسطة مسند « أوت » القدم

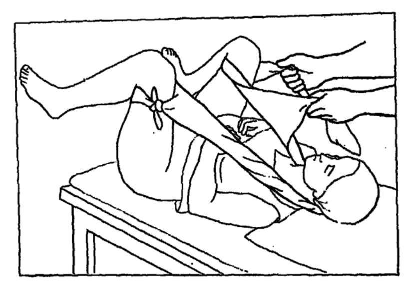
11—2519



شكل ١٠٥ . مسند قدم من الشرشف (المرحلة الاولى)



شكل ١٠٦ . لف الشرشف الى طرف واحد



شكل ١٠٧ . استخدام مسند القدم من الشرشف

وقبل إجراء بعض العمليات يتم القيام بالوقاية من اختناق الجنين .
وبالاضافة الى ذلك يتم دائما التحضير مقدما لكل ما هو ضرورى لانعاش الجنين المولود مختنقا .

التخدير عند العمليات القبالية

يتم القيام بجميع العمليات القبالية تحت التخدير العام (الاستنشاقى) أو بالتخدير الموضعى . ولا ينصح باللجوء عند العمليات القبالية الى التخدير عن طريق النخاع الشوكى .
ويستعمل التخدير العام (الاستنشاقى) عند العمليات القبالية الكبيرة (قلب الجنين الكلاسيكى على القدم وانتشال الجنين ، العملية القيصرية ، عمليات تفتيت الجنين وغيرها) ، الفصل اليدوى للمشيمة وأجزائه المتعوقة . ويتم القيام بالعملية القيصرية فى الوقت الحاضر بالتخدير عن طريق الرغامى بأوكسيد الازوت (N_2O) المخلوط مع الاوكسجين والمضاف اليه الاثير أو أى مخدّر آخر . ويدرس بصورة دقيقة قبل الاستعمال ما يمنع من استعماله. ويستعمل عادة الأثير (الأفضل فى خليط مع الأوكسجين) ، وتغفو الحوامل والماخضات عند صرف مقدار غير كبير من الأثير. ويستعمل أوكسيد الازوت (N_2O) بنجاح مع الاوكسجين.
يجرى الاستفسار قبل اعطاء التخدير عما اذا كانت لدى المرأة أسنان وفكوك اصطناعية ، ويتم قلعها (ان كانت قابلة للقلع) . فيدهن وجه المريضة بالفازلين وتغلق عيونها بالبشكير ، وتربط احدى يديها بمحاذاة الجذع ، ويمسك بالأخرى طبيب التخدير مراقبا النبض .
ويجب ان تكون بالقرب من طبيب التخدير على الطاولة ، وسائل التخدير : كموسع الفم ، وماسك اللسان ، ومحقنة معقمة مع إبر ، وأمبولة فيها الكافور والكوفيين ، ووسادة من الاوكسيجن .
ويراقب طبيب التخدير طوال الوقت النبض ، التنفس ورد فعل البؤبؤ .
فعند حلول النوم العميق تكون حدقات العين ضيقة ولا تتفاعل مع الضوء ، ويكون النبض ممتلئا ، ايقاعيا بطيئا ، والتنفس منتظما ، والعضلات مرتخية ، والانعكاسات غير موجودة .
ويمكن اجراء العملية القيصرية ، والعملية على الحمل خارج الرحم (بدون فقر دم) بالتخدير الموضعى بالنوفوكائين .

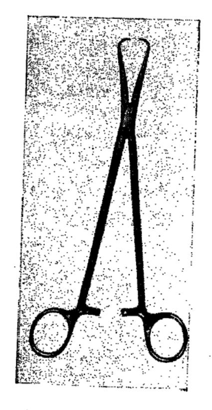
ان التخدير البودين‌دالنى يستعمل لغرض تخدير الولادة وعند القيام ببعض العمليات القبالية مستخدمين محلول النوفوكائين بتركيز ٠,٢٥ ٪ .

التخدير جنيب العنق . يتم ، عند قشط الرحم والعملية القيصرية المهبلية ، ادخال النوفوكائين بتركيز ٠,٢٥ ٪ عبر القبوات الجانبية للمهبل (على الحدود مع القبوة الأمامية) فى النسيج الخلالى جنيب العنق ، حيث تكون الضفائر العصبية . ويجرى ادخال ٣٠ — ٤٠ مليلتر من محلول النوفوكائين من كل جهة .

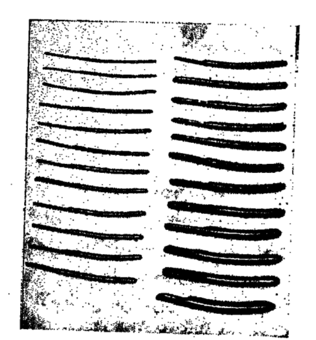
العمليات القبالية

كشط الرحم (abrasio uteri)

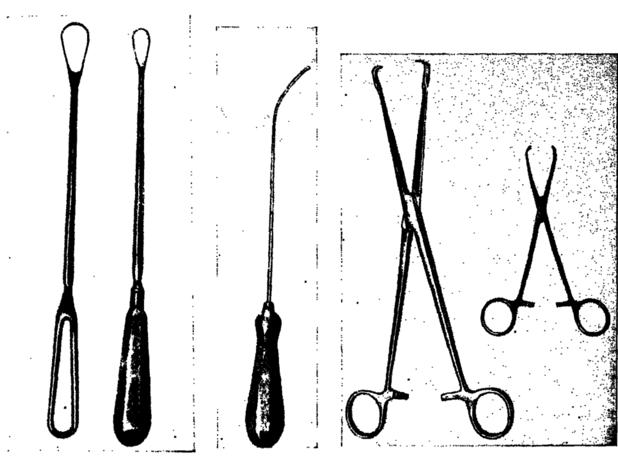
يستخدم كشط الرحم فى الحياة العملية للقبالة عند : أ) الاجهاض المتعمد ،



شكل ١٠٩ . ملاقط رصاصية



شكل ١٠٨ . موسعات غيغار

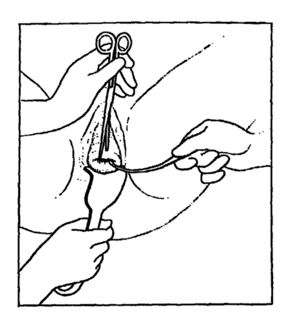


شكل ١١٠ . ملاقط ميوزو   شكل ١١١. مجس الرحم   شكل ١١٢. ملعقة (مكشطة) الكشط

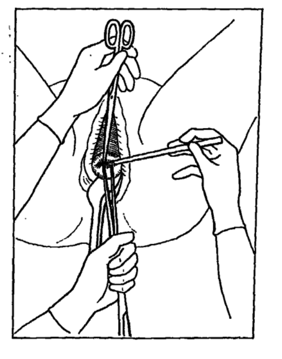
ب) الاجهاض الناقص والاجهاض الجارى ، ج) فى الدور النفاسى ، وبالدرجة الاولى عند النزف النفاسى المتأخر ، الذى يعود الى تعوق جزء من المشيمة .

الادوات الضرورية : مناظير مهبلية ورافعة ، طاقم أدوات التوسيع (عند الاجهاض المتعمد) (شكل ١٠٨) ، ملاقط رصاصية (شكل ١٠٩) أو ملاقط «ميوزو» (شكل ١١٠) ، مجس الرحم (شكل ١١١) ، مكاشط (ملاعق تنتهى على شكل أنشوطة) (شكل ١١٢) لكشط الرحم ، ملاقط اجهاض ، محقنة وإبر للتخدير ، أجفات .

الاجهاض الاصطناعى . يسمح بالاجهاض الاصطناعى عن طريق كشط الرحم حتى الأسبوع ١٢ من الحمل . وان القيام به فى وقت متأخر عن هذه المدّة هو خطر (من الممكن الانثقاب) .



شكل ١١٣ . سبر (تنبيب) الرحم

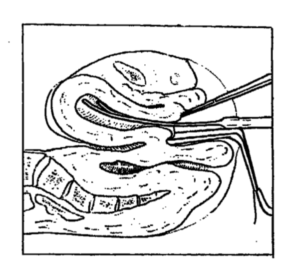


شكل ١١٤ . توسيع قناة عنق الرحم

فن اجراء العملية . يجرى فتح المهبل بالمنظار ، وتنظيف العنق وجدران المهبل بالكحول واليود، ويلتقط عنق الرحم بالملاقط الرصاصية ويجرى تنبيب الرحم (شكل ١١٣) ، لكى يتم تحديد حجمه والتأكد من الوضعية . ومن ثم يتم توسيع قناة عنق الرحم بالموسعات المعدنية : فيجرى فى البداية ادخال أرفع موسع (رقم ٤) ، ومن ثم الموسعات المتصاعدة بالغلاظة بالتعاقب (شكل ١١٤) . ولكشط الرحم يكفى عادة توسيع القناة حتى رقم ١٢ .

ويجرى ، بعد التوسيع ، كشط الرحم (شكل ١١٥) . ويتم بالمكشطة فصل بيضة الجنين واخراجها من تجويف الرحم . وتزال أجزاء بيضة الجنين ، البارزة من قناة عنق الرحم ، بملاقط الاجهاض ويجرى ، بعد ازالة بيضة الجنين ، تفتيش باطن الرحم بصورة دقيقة بواسطة مكشطة صغيرة، وترفع الملاقط الرصاصية (تدهن آثارها باليود) وتنتشل المناظير . وغالبا ما تنتفى الحاجة ، عند الاجهاض الجارى وعند الاجهاض الناقص ، الى توسيع قناة عنق الرحم . ويتم الكشط بعد التنبيب* مباشرة ؛

* يتم القيام فى الاوقات الأخيرة بالاجهاض بواسطة جهاز التفريغ . فتتهدم فى هذه الحالة بيضة الجنين ويتم امتصاصها من باطن الرحم (بدون كشط الغشاء المخاطى للرحم) .



شكل ١١٥ . كشط الرحم بالمكشطة

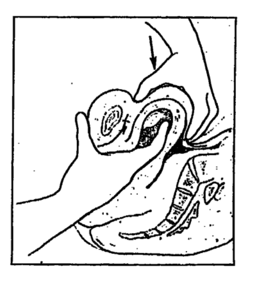
يتم القيام بالاجهاض الاصطناعى بعد الأسبوع ١٢ (اجهاض متأخر) حسب الدواعى الطبية فقط . ويمكن أن تكون الأمراض ، التى يسوء عند الحمل سيرها (أمراض القلب ، الرئة ، الكلى ، الكبد وغيرها) ، الأشكال الشديدة من التسمم الحملى ، ومرض ارتفاع ضغط الدم ، دواعيا طبية للقطع المصطنع للحمل فى المدد المتأخرة . ويجرى قطع الحمل فى المدد المتأخرة عن طريق : أ) العملية القيصرية المهبلية (قلما تستعمل العملية القيصرية بجدار البطن) ، ب) عن طريق ادخال السوائل فى تجويف الأمنيون ، ج) بواسطة توسيع عنق الرحم بكيس.

ازالة أجزاء بيضة الجنين بالاصبع

يسمح ، عند السقوط الناقص فى المدد المتأخرة من الحمل ، بازالة أجزاء بيضة الجنين بالاصبع . ويتسنى القيام بهذا التدخل عند استواء (أو قصر كبير) العنق وانفتاح قناة العنق بمقدار اصبع واحد او اصبعين .

فيجرى ادخال آربعة أصابع فى المهبل ، واصبع واحد أو اثنين فى باطن الرحم . ويحتضن باليد الخارجية قعر الرحم عبر جدار البطن . ويتم بالاصبع الداخل فى باطن الرحم ، فصل واخراج بقايا بيضة الجنين (شكل ١١٦) ويتم بعد ذلك تفتيش باطن الرحم بصورة دقيقة . ان ازالة بقايا بيضة الجنين بالاصبع هو أعقد من الناحية الفنية من الطريقة الآلية ، وان عدد الاختلاطات المتعلقة بالعدوى ، عند طريقة الاصبع ، اكبر .

ولهذا يفضل ، فى الوقت الحاضر ، ازالة بقايا بيضة الجنين بالطريقة الآلية (مكشطة) .



شكل ١١٦ . اخراج بقايا بيضة الجنين بالاصبع

العمليات التى تهيء طرق الولادة

يتم توسيع قناة عنق الرحم (dilatatio canalis cervicalis) : أ) بالأدوات (بالموسعات) ، ب) بالكيس الموسع للعنق ، ج) بالسحب باستمرار من الرأس بمساعدة الملاقط التى توضع على جلد الرأس ، د) بالاصابع ، هـ) عن طريق شق اطراف المزرد .

توسيع قناة عنق الرحم بالموسعات

يتم توسيع قناة عنق الرحم بالموسعات المعدنية عند قطع الحمل المصطنع ، وتستعمل الموسعات فى الولادة قبل ادخال الكيس الموسع للعنق . وتستخدم فى هذه الحالة الموسعات حتى رقم ١٨ – ١٩ .

توسيع قناة عنق الرحم بالكيس (metreurysis)

توسيع قناة عنق الرحم بالكيس – عملية يتلخص جوهرها بادخال بالون من المطاط – كيس توسيع قناة العنق فى باطن الرحم ليقوم تدريجيا بتوسيع قناة عنق الرحم .

الدواعى الى توسيع قناة عنق الرحم بالكيس : اجهاض متعمد متأخر لدواع طبية ، ضعف قوى الولادة الاولى ، جيئة جنب المشيمة وطرفها ، خروج المياه قبل الأوان عند الوضع المستعرض للجنين ، سقوط الحبل السرى عند وجود انفتاح غير كبير للمزرد (لكى يتم اسناد الحبل السرى المعاد الى الرحم) .

الشروط : انفتاح المزرد بمقدار اصبعين (عند انسداد المزرد – التوسيع حتى الموسع رقم ١٨ – ١٩) ، عدم وجود أعراض الاصابة بالعدوى .

الأدوات الضرورية : مناظير مهبلية ورافعات ، ملاقط رصاصية (٢ – ٣) ، أجفات معوجة (٢ – ٣) ، محقنة بسعة ٢٠٠ ملليلتر (١) ، ماسكات (٢ – ٣) . واذا كانت قناة العنق مغلقة تستخدم الموسعات .

ويتلخص فن التوسيع بالكيس بما يلى . قبل العملية يملأ الكيس الموسع بالماء ، لكى يتم التأكد من سلامته . ومن ثم يفرغ الماء ، ويلف الكيس الموسع كالسيجار ويمسك بجفت معوج .

فيجرى ادخال المناظير فى المهبل ، ويتم القبض على العنق بالملاقط الرصاصية . فعند وجود انفتاح كاف فى المزرد ، يتم ادخال الكيس الملفوف والممسوك بالجفت فى باطن الرحم (اذا كان المزرد مغلقا ، يجرى توسيعه مقدما) . يجرى ، عند جيئة المشيمة ، فى البداية تمزيق الأغشية ، ومن ثم ادخال الكيس الموسع . وبعد ادخال الكيس الموسع خلف المزرد الداخلى، يجرى رفع الجفت ويملأ الكيس الموسع ببطء بمساعدة محقنة كبيرة (جانى) بالمحلول الفيزيولوجى المعقم عبر أنبوبة للتصريف (شكل ١١٧) . فتخلق ، بعد ملء الكيس الموسع ، أنبوبة التصريف بماسك ويعلق اليها ثقل غير كبير (٢٠٠ — ٤٠٠ غرام) عبر بكرة .

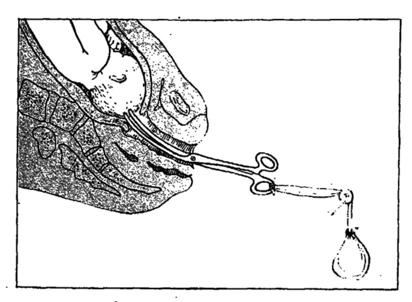

شكل ١١٧ . كيس لتوسيع عنق الرحم ، فى الرحم

يسبب الكيس الموسع بعد إدخاله فى الرحم اشتداد تقلصات الرحم ويساعد على فتح المزرد . وتتم ولادة الكيس الموسع تلقائيا أو يجرى اخراجه بعد ٦ — ٨ ساعات (لا ينبغى بقاء الكيس اكثر من ١٠ ساعات فى الرحم) .

وضع الملاقط على جلد الرأس

ان وضع الملاقط على جلد الرأس يخلق حسب طريقة «ويلت — ابفانوف» سحبا مستمرا للرأس . وان توسيع عنق الرحم يتم الوصول اليه بالسحب الدائم من الرأس ، الذى يجرى القبض على ثنية جلده بملاقط خاصة . ويعلق الى الملاقط بواسطة بكرة ثقل غير كبير (٢٠٠ — ٤٠٠ غرام) (شكل ١١٨) .

الدواعى : ولادة مطولة لجنين ميت، نزيف دموى عند جيئة جزئية للمشيمة، جنين مخدوج . ويتم وضع الملاقط بشرط انفتاح المزرد بما لا يقل عن أصبعين .



شكل ١١٨ . طريقة الجذب الدائم للرأس

توسيع مزرد الرحم بالاصابع

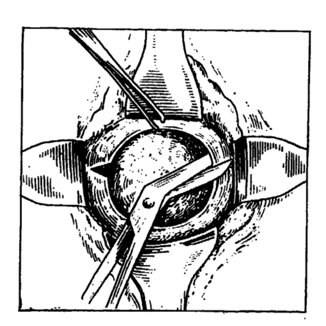
يكون هنالك داع للتوسيع بالأصابع عند تصلب أطراف المزرد ، وكذلك عند وجود ضرورة للتعجيل بالولادة. ويمكن القيام بهذا التدخل عند استواء العنق بصورة تامة وانفتاح المزرد بمقدار أصبعين . ويتلخص فن هذه الطريقة بما يلي . يتم ادخال كل الكف في المهبل ، وفي المزرد — السبابة والوسطى (شكل ١١٩). ويجرى باعتناء تمطية المزرد بالاصابع الداخلة، وعند مجرد ظهور امكانية يتم ادخال الاصبع الثالث ، ومن ثم الرابع . ويحبذ ادخال الاصبع الخامس لكى يتم الوصول الى انفتاح أكبر للمزرد .

شكل ١١٩ . توسيع المزرد الرحمى بالاصبع

وعلى الرغم من البساطة الظاهرة ، فان التوسيع بالاصابع لا يكون دائما موفقا. فعند تصلب العنق يتمطى المزرد بصعوبة ، وتتعب الأصابع ، وكثيرا ما يضيق المزرد المتمطى ، من جديد ويعود الى وضعه السابق .

شق أطراف مزرد الرحم (histerostomatomia)

ان تصلب المزرد، وفشل محاولة العلاج بالأدوية (بروميدول ، محلول النوفوكائين فى العنق وغيرها) والتوسيع بالاصابع يدعو الى شق المزرد . وقلما يستعمل هذا التدخل كاجراء تحضيرى قبل العمليات الأخرى . والشرط الضرورى هو الاستواء التام للعنق . فيجرى كشف المزرد بالمناظير المهبلية العريضة والرافعات، وتثبت أطرافه بالملاقط الرصاصية . ويتم القيام ، بواسطة مقص مقوس غير حاد النهايات، بشرطين جانبيين أو أربعة أشرطة (اثنين من الأمام الى الجانب واثنين من الخلف الى الجانب) بعمق لا يتجاوز ١ سم (شكل ١٢٠) .



شكل ١٢٠ . شق حواشى مزرد الرحم

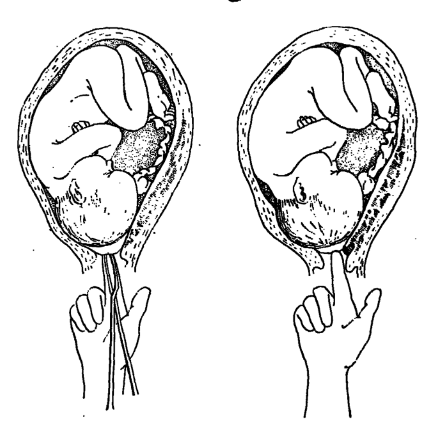
تمزيق كيس الجنين المتعمد (diruptio velamentorum ovi)

الدواعى : تأخر تمزق كيس الجنين ، الكيس المسطح ، جيئة غير تامة للمشيمة ، الاستسقاء، التشنج الحملى ، تعوق ولادة الجنين الثانى (تمزق أغشية الجنين الثانى) عند التوأمين .

وفن هذه الطريقة بسيط . يجرى ادخال السبابة أو السبابة والوسطى ويتم بهما تمزيق أغشية كيس الجنين المتوتر أثناء التقلصات (شكل ١٢١) . فاذا لم تنجح العملية يتم تمزيق الكيس بالملاقط الرصاصية أو بالجفت (شكل ١٢٢). ان التمزيق الآلى لكيس الجنين يتم تحت مراقبة النظر (يجرى ادخال المناظير الى المهبل) أو باللمس . ويجرى فى الحالة الأخيرة ادخال الاداة بمحاذاة الأصابع وتحت مراقبتها يتم فتح الاغشية .

ويجرى تمزيق الكيس عادة فى المركز . ويفتح الكيس عند الاستسقاء من الجانب : أعلى طرف المزرد ، لكى تنساب المياه ببطء ولكى لا تساعد على سقوط الحبل السرى

والأجزاء الدقيقة . وان انسياب المياه السريع يمكن ايقافه كذلك باليد المدخلة فى المهبل .



شكل ١٢١ . تمزيق اصطناعى لكيس الجنين بالاصبع شكل ١٢٢ . تمزيق اصطناعى بالملاقط الرصاصية

شق العجان (perineotomia)

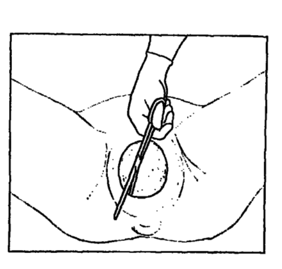
يتم شق العجان ، عند وجود أعراض خطر تمزق العجان (تمدد شديد ، رقة العجان، ابيضاض العجان) ولدى الاختناق (اذا كان الرأس يقوم بالاختراق) .

يتم القطع بمقص غير حاد" النهايات بعد تنظيف جلد العجان بصبغة اليود . ويجرى ادخال أحد ضلعى المقص ، تحت مراقبة الاصبع ، بين الرأس والملتقى الخلفى ويتم شق العجان . ويجرى القطع بواسطة الخط المتوسط للعجان ، ويكون طول الشق ٢ — ٣ سم (شكل ١٢٣) .

شق الفوهة الفرجية — شق جانبى لغرض توسيع الفرج . يستعمل شق الفوهة الفرجية فى الوقت الحاضر بصورة أقل من شق العجان . ويجرى القيام بالشق على مسافة ٢ — ٣ سم

من الملتقى الخلفى باتجاه النتوء الوركى . ويبلغ طول الشق ٢ سم (شكل ١٢٤) . وتتم بعد الولادة خياطة الشق كما هو الحال عند تمزق العجان .

شكل ١٢٣ . شق العجان



شكل ١٢٤ . شق الفوهة الفرجية

القلب القبالى (versio obstetrica)

القلب القبالى هو العملية التى يتم عندها ابدال الوضعية الحالة المضرة للجنين بأخرى (مفيدة) ، تكون دائما وضعية طولية :

هنالك الأنواع التالية من القلب القبالى : القلب الخارجى ، القلب الكلاسيكى الداخلى عند الانفتاح الكامل للمزرد ، القلب الداخلى عند الانفتاح الناقص للمزرد — القلب على طريقة بريكستون — هكس .

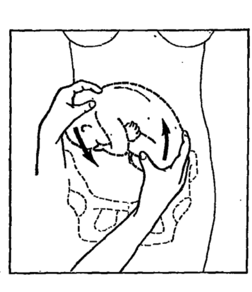
القلب الخارجى للجنين

يستعمل القلب الخارجى للجنين عند الوضع المستعرض والمائل . ويعتبر بعض أطباء التوليد السوفييت أن جيئات حوض الجنين هى ايضا من دواعى القلب الخارجى .

١ — القلب الخارجى للجنين عند الوضع المستعرض والمائل. يجرى القيام بالقلب الخارجى بعد الاسبوع ٣٥ من الحمل فى المستشفى .

والشروط اللازمة للقلب: تحرّك الجنين بصورة جيدة (المياه لم تزل باقية)، مرونة جدار البطن ، أبعاد طبيعية للحوض أو عدم وجود ضيق كبير فيه ، الحالة الطبيعية للأم والجنين .

اكثر ما يتم هو القلب على الرأس . ويتحول الوضع المائل عادة عند وضع الحامل على جنبها (يقترح على الحامل الاستلقاء على الجنب ، الذى يتفق ووضع الجزء الكبير الواقع أسفل) الى الطولى . واذا لم يتعدل الوضع ، يتم القيام بقلب الجنين . فاذا كان الرأس بالقرب من مدخل الحوض يجرى القيام بالقلب على الرأس ، واذا كانت الاليتان – على النهاية الحوضية .



شكل ١٢٥ . استدارة خارجية على الرأس عند الوضع العرضى

وينحصر فن القلب الخارجى فيما يلى . تحقن الحامل (الماخض) بـ١ مليلتر من المورفين ذى التركيز ١ ٪ ويتم تفريغ المثانة ، وتطرح على متكأ صلب ويطلب منها أن تثنى ساقيها . يجلس الطبيب من اليمين ، ويضع احدى يديه على الرأس ، والأخرى – على النهاية الحوضية للجنين . وبحركات معتنية يتم تحويل الرأس الى مدخل الحوض ، والنهاية الحوضية للجنين الى قعر الرحم (شكل ١٢٥) . وتحوّل الاليتان عند القلب على النهاية الحوضية ، الى مدخل الحوض ، أما الرأس – فالى قعر الرحم .

وبعد الانتهاء من القلب تجرى المحاولة لابقاء الجنين في الوضع الطولى وتجنب عودة الوضع العرضى . ولهذا الغرض يوضع بمحاذاة الجنين وأجزائه الدقيقة (البطن ، الصدر) مسندان من الشراشف الملفوفة ويربطان فى هذه الوضعية (بدون شد البطن) .

٢ – القلب الخارجى الوقائى للجنين على الرأس عند جيئة الحوض . ان القلب على الرأس عند جيئات الحوض يساعد على هبوط نسبة الولادات الميتة ، ولهذا يجب القيام به كاجراء وقائى ، أثناء الحمل .

يعتقد كثير من أطباء التوليد أن الولادة عند جيئة الحوض يجب أن تترك لسيرها الطبيعى ، وان القلب عندها لا داعى له .

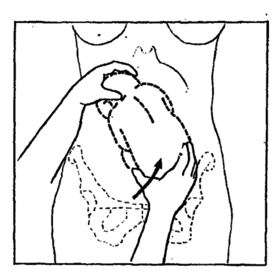
ولقلب الجنين من جيئة بالحوض الى جيئة بالرأس ، يتطلب نفس الشروط التى يتم بها قلب الجنين من الوضع المستعرض .

ويجرى الكشف عن الموانع التى تنتسب اليها : ولادة قبل الأوان وولادة ميتة فى السابق ، ندبات بعد العمليات على جدار البطن وعلى الرحم ، تسمم حملى ونزف دموى عند الحمل الحالى ، شذوذ النمو وأورام الرحم وغيرها .

ويتم القيام بالقلب عند الجيئة بالحوض ، فى الأسبوع ٣٥ – ٣٦ من الحمل فى المستشفى.

ان فن القلب أساسا هو نفس الفن عند الوضع المستعرض والفرق هو أن الجنين يتم دورانه عند الوضع المستعرض بزاوية قدرها ٩٠° ، أما عند جيئة الحوض فبزاوية قدرها ١٨٠° .

ويتم عند القلب زحزحة الاليتين الى الأعلى ، الى قعر الرحم (الى جهة ظهر الجنين) ، والرأس الى مدخل الحوض (الى جهة جدار بطن الجنين) (شكل ١٢٦) .



شكل ١٢٦ . القلب الخارجى على الرأس عند الجيئة بالحوض

القلب الكلاسيكى الداخلى للجنين على الرجل عند الانفتاح التام لمزرد الرحم

الدواعى : ١) الوضع المستعرض للجنين (لا ينجح القيام دائما بالقلب الخارجى) ، ٢) الجيئات والتركبات غير الملائمة للرأس (جيئة الجبين ، المنظر الخلفى لجيئة الوجه ، اللاتزامل الخلفى) ، ٣) سقوط الحبل السرى والاجزاء الدقيقة عند جيئات الرأس ، ٤) الاختلاطات والأمراض، التى تهدد حالة الأم والجنين (انفصال المشيمة قبل الأوان وغيرها).

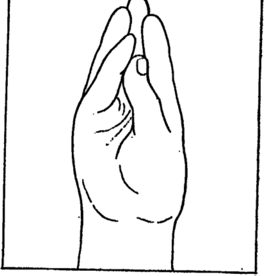
الشروط : ١) الانفتاح التام لمزرد الرحم ، ٢) يكون كيس الجنين سليما أو أن المياه قد خرجت توا ، ٣) احتفاظ الجنين بتحركه بصورة تامة فى تجويف الرحم ، ٤) وجود توافق بين حجم الرأس وأبعاد الحوض (عدم وجود ضيق فى الحوض بدرجة كبيرة) .

فن اجراء العملية . تتألف العملية من المراحل التالية : ادخال اليد ، التفتيش عن الرجل ، القبض على الرجل وعملية القلب .

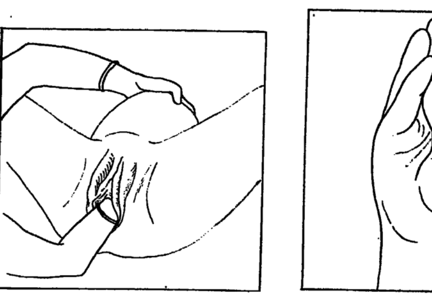
يتم قبل العملية تكرار الفحص الخارجي والمهبلي لغرض التأكد من وضعية الجنين وموقعه ، ودرجة انفتاح المزرد والمسائل الأخرى .

ادخال اليد . يجرى ادخال اليد اليمنى عادة فى تجويف الرحم ، والتى يمكن العمل بها بصورة أسهل . ويعتقد كثير من أطباء التوليد بأنه ينبغى عند بعض الظروف ادخال اليد اليسرى . ويصوغ م . س . مالينوفسكى قاعدة اختيار اليد بالشكل التالى : ينبغى ادخال اليد التى تتفق والنهاية الحوضية للجنين ، عند القلب من الوضع العرضى الى الوضع الطولى (عند الموقع الاول — اليسرى ، وعند الثانى — اليمنى) ، ويتم عند القيام بالقلب من الوضع الطولى ، ادخال اليد التى تتفق والأجزاء الدقيقة للجنين (فعند الموقع الاول اليسرى ، وعند الثانى — اليد اليمنى) .

يتم فصل الفرج باليد الموضوعة من الخارج وتدهن اليد المختارة للقيام بالقلب من الداخل بدهن الفازولين المعقم ، وتجمع على شكل مخروط (شكل ١٢٧) ، ويجرى ادخالها فى المهبل ودفعها نحو مزرد الرحم (يجب أن يكون قفا الكف متجها نحو العجز) .



شكل ١٢٧ . اليد مجموعة بشكل مخروطى (يد الطبيب المولد)



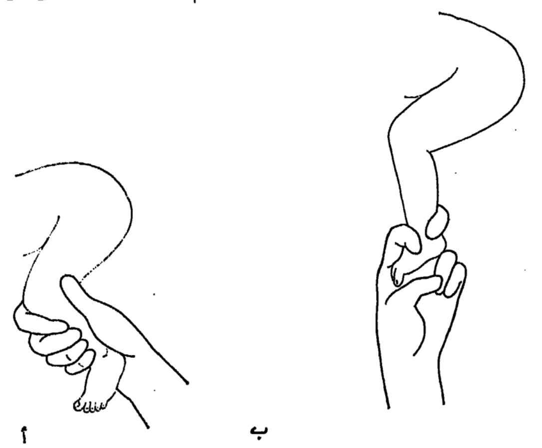
شكل ١٢٨ . ايلاج اليد فى باطن الرحم

وحالما تصل نهايات الأصابع الى المزرد ، تنقل اليد الموضوعة من الخارج الى قعر الرحم (شكل ١٢٨) . يمزق بعد ذلك كيس الجنين ويتم ادخال اليد فى الرحم ، ويجرى عند جيئة الرأس ، دفع الرأس باتجاه الظهر ، قبل الدخول الى الرحم .

التفتيش عن الرجل . ينبغى ، عند القيام بالقلب من الوضع الطولى ، التفتيش والقبض على رجل الجنين ، المتوجهة نحو جدار بطن الأم .

ويتوقف اختيار الرجل ، عند الوضع المستعرض ، على المنظر : فتقبض عند المنظر الأمامى (الظهر فى الأمام) الرجل الواقعة أسفل ، وتقبض الرجل الواقعة أعلى — عند المنظر الخلفى . وللتفتيش عن القدم يتم جس جنب الجنين والزحف باليد من الابط حتى النهاية الحوضية وبالفخذ فيما بعد حتى الساق ويتم القبض على الرجل . ويجرى أثناء التفتيش عن الرجل ، تقريب النهاية الحوضية للجنين باليد الموضوعة من الخارج الى أسفل ، لملاقاة اليد الموضوعة من الداخل .

ويتم القبض على الرجل بطريقتين : ١) يتم القبض على الساق باليد كلها ، فتحتضن أربعة أصابع الساق من الأمام ويوضع الابهام على امتداد العضلات البطنية للساق ، وتصل نهايته حفرة تحت الركبة (شكل ١٢٩ ، أ) ، ٢) ويتم القبض بالسبابة والوسطى على قدم

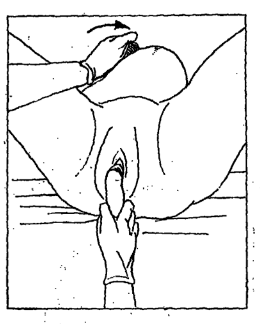


شكل ١٢٩ . القلب على الرجل . مسك الرجل .
أ — الرجل مأخوذة بكامل اليد ، ب — الرجل مأخوذة باصبعين

الجنين فى منطقة الكعب (شكل ١٢٩ ، ب) ، ويقوم الابهام باسناد القدم. والطريقة الاولى للقبض على القدم اكثر ضمانا .

قلب الجنين بحد ذاته . يتم نقل اليد الخارجية ، بعد القبض على الرجل ، من النهاية الحوضية للجنين الى الرأس واقصاؤها الى الاعلى ، نحو قعر الرحم ، ويتم فى هذه الاثناء انزال الرجل باليد الموضوعة من الداخل ، واخراجها عبر المهبل الى الخارج (شكل ١٣٠) .

شكل ١٣٠ . القلب بحد ذاته



شكل ١٣١ . انتهاء القلب . الرجل خارجة حتى الركبة

ويعتبر القلب منتهيا ، بعد أن تكون الرجل قد أخرجت من الفرج حتى الركبة . وهذا يدل على أن الجنين يقع فى وضع طولى .

وكثيرا ما تسقط اليد ، عند الوضع المستعرض ، فى لحظة خروج المياه ، ولا يتم ارجاع اليد ، بل تؤخذ بحلقة من رباط معقم وتسحب الى جهة الارتفاق . وتنسحب ، أثناء القلب ، اليد بنفسها الى الفرج . ومن غير النادر أن يصحب القلب اختناق الجنين . ولهذا يجرى بعد القلب عادة انتشال الجنين من قدمه .

وتقوم القابلة ، فى الحالات الاستثنائية عند عدم وجود امكانية لدعوة الطبيب أو ايصال الماخض الى المستشفى بالقلب بدون تخدير . وفى حالات كهذه ينبغى حقن الماخض

قبل العملية بـ ١ مليلتر من محلول سولفات الاتروبين المركز بنسبة ٠،١ ٪ و ١ مليلتر من محلول البابافيرين المركز بنسبة ١ ٪ تحت الجلد. ان جميع مراحل العملية تتم فى الفواصل بين التقلصات .

القلب الداخلى للجنين على الرجل عند عدم انفتاح المزرد بصورة تامّة حسب طريقة « بريكستون – هكس »

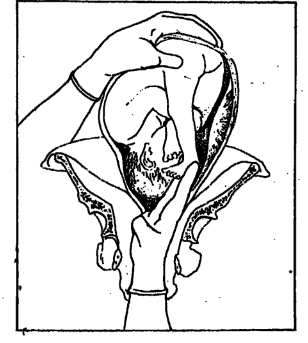
تنشأ ، أحيانا عند سير الولادة بصورة مرضية ، الدواعى التالية لقلب الجنين عند الانفتاح غير التام للمزرد .

١ – جيئة المشيمة . تضغط النهاية الحوضية للجنين التى يتم انزالها ، بعد القلب المشيمة الى جدار الحوض وتساعد على وقف النزيف الدموى . غير أن هذه العملية صعبة من الناحية الفنية ، حيث تؤدى فى اكثر الحالات الى موت الجنين ، وهى خطرة من حيث ضررها لعنق الرحم . ولهذا تحبذ عند جيئة المشيمة العمليات الأخرى (أنظر الباب الخامس من الجزء الثانى) . ويسمح بالقلب عند وجود انفتاح غير كامل عند الجنين المخدوج الميت .

٢ – الأوضاع المستعرضة (المائلة) للجنين عند خروج المياه المبكر ووجود جنين مخدوج ميت .

الشروط : ١) انفتاح المزرد بما لا يقل عن اصبعين ، ٢) تحرك الجنين (المياه سليمة أو أنها قد خرجت منذ وقت غير بعيد) ، ٣) عدم وجود ضيق كبير فى الحوض ، ٤) عدم وجود ما يدعو الى التوليد العاجل .

وينحصر فن العملية فى ما يلى : يدخل فى المهبل الكف الذى يجمع على شكل مخروط والمدهون بالفازولين المعقم ، أما فى مزرد الرحم – فالسبابة والاصبع الاوسط ، اللذين يمزق بهما كيس الجنين



شكل ١٣٢ . قلب الجنين عند انفتاح غير تام للمزرد (طريقة « بريكستون – هكس»)

وقبل كل شيء يتم ابعاد الرأس (اذا كان الوضع طوليا) . وتنقل اليد الموضوعة من الخارج الى قعر الرحم . ويتم القيام فيما بعد بالعملية باكملها بكلتا اليدين وتحول النهاية الحوضية للجنين باليد الموضوعة من الخارج باتجاه نحو الأصابع الداخلة . ويتم القبض بالأصبعين الداخلين على الرجل فى منطقة الكعب (شكل ١٣٢) . وتنقل اليد الموضوعة من الخارج ، بعد القبض على الرجل الى الرأس ويتم زحزحته الى الأعلى صوب قعر الرحم . وفى هذه الأثناء يجرى مدّ الرجل الى الأسفل، ويتم اخراجها عبر المزرد الى المهبل والى الخارج . حينما تظهر من الفرج الركبة ، يكون القلب قد انتهى ؛ ويجرى التوليد فيما بعد بصورة عادية . ويعلق الى الرجل ثقل (٢٠٠ — ٤٠٠ غرام) .

ان أية محاولات للتعجيل بالولادة (الجرّ من القدم) أو انتشال الجنين تكون ممنوعة ، لأنه لا بدّ وان تحدث فى هذه الاحوال أضرار شديدة (تمزق عنق الرحم وفلقته السفلى ، المرفوق بنزف خطير) .

انتشال الجنين من النهاية الحوضية (extractio foetus)

يقتضى عند نشوء اختلاطات ، تهدد حالة الأم والجنين ، انهاء الولادة عند جيئات الحوض بانتشال الجنين . ويستعمل الانتشال كذلك بعد القلب الكلاسيكى عند الانفتاح التام للمزرد .

ويختلف انتشال الجنين عن المعونة اليدوية . تقدم المعونة اليدوية ، عند جيئات الحوض ، بعد ولادة الجنين تلقائيا حتى الزاوية السفلى من لوح الكتف لغرض تحرير اليدين والرأس . وانتشال الجنين من النهاية الحوضية هو عبارة عن عملية ، يتم فيها تحرير الجنين بكامله ، ابتداء من القدمين . ويجرى القيام بهذه العملية بدون أدوات بالايدى فقط .

الدواعي : ١) الامراض الشديدة لدى الماخض ، التى تتطلب انهاء الولادة فورا (التشنج الحملى ، أمراض القلب وغيرها) ، ٢) بدء اختناق الجنين ، ٣) بعد القلب الكلاسيكى للجنين على قدمه .

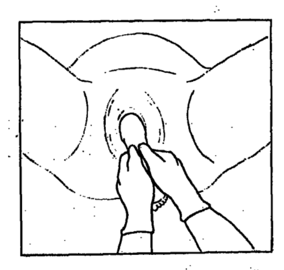
الشروط : ١) الانفتاح التام لمزرد الرحم ، ٢) فتح كيس الجنين ، ٣) التوافق بين أبعاد الجنين وحوض الأم .

ينتشل الجنين عند جيئات القدم ، من قدم واحدة (عند جيئة غير كاملة بالقدم) ، أو من كلا القدمين (عند جيئة كاملة بالقدم) . ويجرى الانتشال عند جيئة الالية التامة من

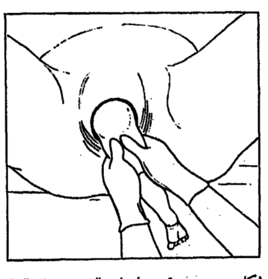
ثنية المغبن . ويتم عند الجيئة المختلطة للالية ، خفض القدم الأمامية ، فتتولّد جيئة بالقدم غير تامة ويتم الانتشال من الرجل .

انتشال الجنين من الرجل (القدمين)

اذا كانت الرجل (الأمامية) المتقدمة لا تزال تقع فى المهبل ، فيتم اخراجها من الفرج باصبعين . فيتم القبض على الرجل الخارجة هكذا : يوضع الابهام على امتداد العضلات البطية للساق ، وبالاصابع الاربعة الباقية يتم احتضان الساق فى الأمام . ويمكن امساك الرجل بكلتا اليدين : يقع كلا الابهامين على امتداد العضلات البطية للساق (شكل ١٣٣) .



شكل ١٣٣ . وضع اليدين عند اخراج الرجل

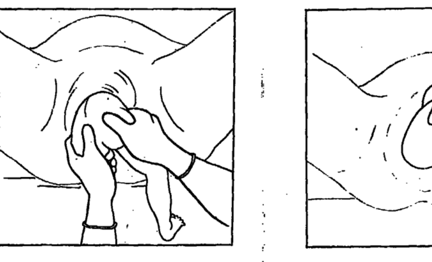


شكل ١٣٤ . بقدر اخراج الجنين تنقل اليدان من الساق الى الفخذ

ان مسك الرجل بهذه الصورة يقيها من الكسر . ويحبذ مسك مفصل الركبة ، لكى لا يعرض للى عند الانتشال . ومن ثم يتم القيام بحركات الجرّ (السحب) باتجاه نحو الأسفل ، وبقدر تقدم الرجل الى الخارج يتم نقل اليد الموجودة على الرجل الى الأعلى باتجاه الفرج (شكل ١٣٤) .

يستمر الانتشال الى الاسفل الى حين ولادة الالية الأمامية واقتراب عظم الحرقفة (مركز التثبت) تحت الطرف السفلى من الارتفاق .

بعد ذلك يمسك الفخذ الأمامى بكلتا اليدين ويرفع الى الأعلى (شكل ١٣٥) ويتم عند ذاك انحناء الجذع الى الجانب وتنزلق فوق العجان الالية الثانية .



شكل ١٣٥. عندما يقترب عظم الحرقفة (نقطة التثبت) تحت الارتفاق يرفع الفخذ الى أعلى

شكل ١٣٦ . وضع اليدين عند اخراج الجذع بعد ولادة الاليتين

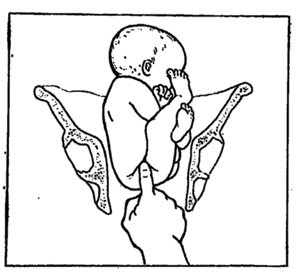
ولا ينبغي تحرير الرجل الثانية (الخلفية) أبدا (خطر الكسر !) ، فهى تسقط عند الانتشال لوحدها .

وتوضع اليدان ، بعد ولادة الالية الثانية على الشكل التالى : يحاط الفخذ الأمامى باحدى اليدين ، مع العلم أن الابهام يتم وضعه بمحاذاة العجز ، ويجرى ادخال سبابة اليد الأخرى فى ثنية المغبن الخلفية ، ويوضع الإبهام ايضا على العجز (بقية الاصابع تكون مضغوطة الى راحة اليد) (شكل ١٣٦) . وباختطاف النهاية الحوضية بالصورة المذكورة ، يستمر الجرّ الى أسفل ، لكن بصورة اكثر أفقية . وتمسك الرجل الخلفية بعد ولادتها ، مثلما أخذت الرجل الأمامية ، وينتشل الجنين حتى السرّة ، ويتم التأكد من عدم توتر الحبل السرى ، وينتشل فيما بعد حتى الزاوية السفلى من لوح الكتف . ويتم بعد ذلك تحرير اليدين والرأس حسب القواعد المتبعة عند المعونة اليدوية .

ويجرى ، عند وجود جيئة كاملة بالرجل ، الانتشال من كلتا الرجلين . فاذا كانت الرجلان فى المهبل ، يتم تحريرهما ، فتؤخذ الرجل بكل يد بحيث يقع الابهامان على امتداد العضلات البطية ، وعلى الساق بقية الأصابع . وبقدر انتشال الرجلين يتم نقل اليدين الى الأعلى، نحو الفرج. ان المراحل الباقية من الانتشال هى نفسها، عند الجيئة غير التامة بالرجل.

انتشال الجنين من ثنية المغبن

يبدأ ، عند الجيئة بالالية ، الانتشال بالسبابة وحدها ، التى يتم ثنيها كالخطاف وادخالها فى ثنية المغبن الامامية (شكل ١٣٧) . ويستمر السحب الى أسفل الى أن تولد الالية الأمامية ويقترب عظم الحرقفة تحت القوس العانى . ويجرى الانتشال أثناء المخاض ، ولتقوية فعل الجرّ يتم باليد الثانية احاطة معصم اليد التى تقوم بالعملية .



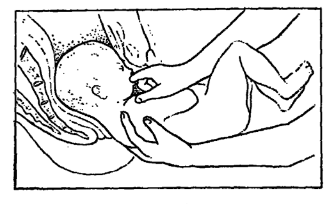
شكل ١٣٧ . اخراج الجنين من ثنية المغبن

حينما يدنو عظم الحرقفة الامامى تحت القوس العانى ، يتم توجيه السحب الى أعلى . عندئذ يتم انحناء الجذع الى الجانب واختراق الالية الخلفية . بعد ذلك يتم ادخال سبابة اليد الثانية المثنية على شكل الخطاف فى الثنية الخلفية للمغبن ، ويجرى القيام بالانتشال حتى الزاوية السفلى للوح الكتف . وتسقط الرجلان من تلقائهما . ويجرى تحرير اليدين والرأس كما هو الحال فى المعونة اليدوية .

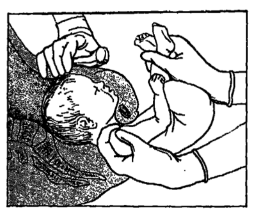
ان انتشال الجنين من ثنية المغبن هو من مجموعة العمليات الاكثر صعوبة . فاليد التى تقوم بالعملية تتعب بسرعة ، والاليتان تتقدمان ببطء . ويصعب على الأخص الانتشال عند وقوف الاليتين عاليا . وقد تم اقتراح الانتشال من ثنية المغبن بخطاف معدنى غير حادّ أو حلقة (من شريط أو رباط) . غير أن ذلك يعرض الجنين الى الأذى (خلوع ، كسور وغيرها) . ولهذا فان هذه الأساليب تستعمل فى الوقت الحاضر عند موت الجنين فقط .

الاختلاطات عند انتشال الجنين . يمكن أن تحدث عند انتشال الجنين (والمعونة اليدوية) اختلاطات : انقباض مزرد الرحم ، القاء اليدين الى الوراء ، المنظر الخلفى وغيرها .

ولكى يستبعد انقباض المزرد ، يتم اجراء العملية تحت التخدير . ولغرض الوقاية من الانقباض يجرى قبل العملية ادخال ١ مليلتر من محلول الأتروبين ذى التركيز ٠,١ ٪ و ١ مليلتر من محلول البابافيرين ذى التركيز ١ ٪ . ويعتبر القاء اليدين الى الوراء (اليدان على الوجه ، عند الاذنين أو خلف القذال) اختلاطا خطيرا للغاية . وينصح ، لتحرير اليد الملقاة ،



شكل ١٣٨ . تحرير الرأس فى منظر خلفى (يتم القيام سلفا بالحنى)



شكل ١٣٩ . اخراج الرأس المعتدل فى منظر خلفى

ادخال أربعة أصابع فى المهبل وسحب اليد من ثنية المرفق الى أسفل ، بحيث تتزحلق على الوجه والصدر (« حركة غسل ») .

كما ويتعقد انتشال الجنين فى حالة نشوء المنظر الخلفى (يلتفت الفك السفلى نحو الارتفاق ، والقفا - نحو العجز) . ولتحرير الرأس فى المنظر الخلفى تستخدم الطريقة التالية . يجرى ادخال طرف السبابة فى فم الجنين ، ويتم حنى الرأس ، وينتشل الجنين باليد الموضوعة من الخارج الى أن تقترب منطقة القصبة الانفية (مركز التثبت) تحت المفصل العانى (شكل ١٣٨). ويتم بعد ذلك حرف جذع الجنين الى الأمام (صوب بطن الأم) ويتم اخراج الرأس فوق العجان . فاذا كان الرأس منتصبا ، والفم صعب المنال ولا يتسنى حنى الرأس ، فيجرى حرف الجذع من الأرجل صوب جدار بطن الأم ، ويمسك باليد الأخرى حزام الكتف من الخلف وتتم المساعدة للانتشال . ويخترق الرأس ببعده العمودى ، ويكون مركز التثبت - هو منطقة العظم اللامى (شكل ١٣٩) .

الملاقط القبالية (forceps obstetrica)

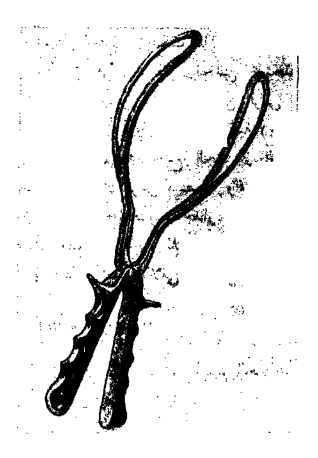
الملاقط القبالية عبارة عن أداة ، تستعمل عادة لاخراج رأس الجنين التميم الحى عند وجود ضرورة لانهاء الولادة فورا . ومن المعروف انه منذ بداية القرن السابع عشر كان لدى الطبيب الاسكتلندى « جيمبيرلين » ملاقط قبالية . وقد احتفظت عائلة « جيمبيرلين » بجهاز الملاقط سرا وقد استخدمت هذه الأداة بصورة واسعة للاثراء الشخصى . وقد اخترع « بالفين »

فى أوائل القرن الثامن عشر نموذجه الخاص للملاقط وقد أعلن عن ذلك فى أكاديمية العلوم فى باريس .

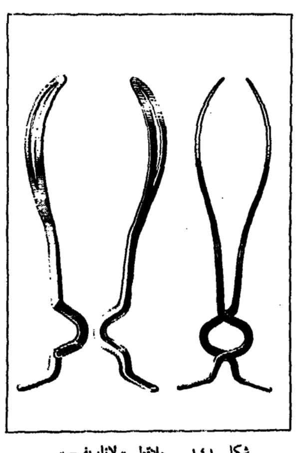
وقد اشتغل فيما بعد لاتقان جهاز الملاقط كثير من المؤلفين (« ليفرى » ، « سميلى » ، « سيمبسون » ، « نيغيلى » وغيرهم) وأطباء التوليد الروس . وقد صمم الأطباء الروس نماذج أصلية من الملاقط :

وقد وضع الملاقط فى روسيا لأول مرة أستاذ جامعة موسكو « ايرزموس » عام ١٧٦٥ . وأول من أدخل هذه العملية فى التطبيق القبالى هو أول عالم روسى مولد ن . م . « ماكسيموفيج — أمبوديك » . وقد ساعد أطباء التوليد الروس الكبار غ . اى . كورابليوف ، آ . يا . كراسوفسكى ، ن . ن . فينومينوف وغيرهم فيما بعد على اتقان عملية وضع الملاقط .

واكثر ما يستخدم فى الوقت الحاضر هى ملاقط « سيمبسون » (شكل ١٤٠) المعدلة



شكل ١٤٠ . ملاقط « سيمبسون »



شكل ١٤١ . ملاقط « لازاريفيج »

من قبل « فينومينوف » . وتتألف الملاقط من فرعين ، يتقاطعان فى الوسط . ويتألف كل فرع من ثلاثة أجزاء : ١) ملعقة ، مخصصة لمسك الرأس ، ٢) قفل ، يتم بواسطته غلق الفرعين ، ٣) مقبض يتم بواسطته انتشال الرأس ، الواقع بين ملاعق الملاقط . وتوجد بين القفل ومقبض الملاقط بروزات جانبية (ما يسمى بكلاليب « بوش ») ، هى عبارة عن ركيزة جيدة لليدين اللتين تقومان بالعملية عند انتشال الرأس . وللملاقط تقوسان : رأسى وحوضى . فالتقوس الرأسى مخصص لالتقاط الرأس ، ويتفق التقوس الرأسى للملاقط مع الشكل المعقوف للمحور القائد فى الحوض . فيتم ادخال كل ملعقة على انفراد فى الجهة اليسرى واليمنى من المهبل (الحوض) . وتلك الملعقة التى يتم ادخالها فى الجهة اليسرى من الحوض ، تسمى باليسرى ، ويجرى ادخالها دائما فى البداية ، والقسم القفلى لهذا الفرع يقع تحت القسم القفلى للفرع الثانى (الايمن) . ويجرى ادخال الملعقة الثانية فى النصف الأيمن من الحوض، وهى تسمى باليمنى . ويتم ادخال الملعقة اليمنى دائما بعد اليسرى : هذا ضرورى لاقفال الملاقط .

وتتمتع ملاقط « لازاريفيج » (شكل ١٤١) والتى لا يوجد فيها تقوس حوضى وتقاطع الفرعين (ملاقط مستقيمة متوازية) بشهرة واسعة .

وتنتسب الى الدواعى لوضع الملاقط القبالية الأمراض والاختلاطات ، التى تتطلب الانهاء العاجل للولادة لصالح الأم والجنين : ١) ضعف قوى الولادة الثانوى وانعدام تقدم الرأس خلال ٢ ــ ٣ ساعات ، ٢) إلتهاب بطانة الرحم فى الولادة ، ٣) الأمراض الشديدة لجهاز القلب والأوعية الدموية ، الرئتين وغيرها ، ٤) التشنج الحملى (اذا لم تنقطع النوبات بفعل العلاج) ، ٥) اختناق الجنين .

شروط وضع الملاقط : ١) الجنين حى ، ٢) انفتاح تام للمزرد ، ٣) عدم وجود كيس الجنين ، ٤) يجب أن يكون الرأس غير صغير جدا (مخدوج) وليس كبيرا جدا (جنين عملاق ، استسقاء الدماغ) ، ٥) حوض طبيعى (أو ضيق بسيط) ، ٦) يقع الرأس فى مخرج الحوض أو فى تجويفه .

تعتبر الشروط هى أحسن ما يكون لوضع الملاقط عند وقوف الرأس فى مخرج الحوض . والعملية كهذه تسمى « ملاقط مخرجية » . واذا وضعت الملاقط على الرأس الموجود فى تجويف الحوض يقال عن « ملاقط التجويف » . ان فن وضع ملاقط التجويف اكثر تعقيدا .

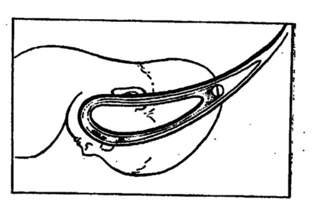
فن وضع الملاقط المخرجية

يحضر للعملية ملاقط ، مناظير صفائحية عريضة ، ملاقط رصاصية (لمعاينة عنق الرحم بعد العملية) ، مقص لقص العجان والأدوات الضرورية لخياطة العجان . ويتطلب أحيانا ، عند وضع الملاقط القيام بشق العجان وخياطة تمزقات العجان ، التى كثيرا ما تحدث .

ويجرى القيام ، قبل العملية ، بالفحص المهبلى لكى يتم معرفة وضع الرأس فى الحوض ، اتجاه الدرز السهمى واليوافيخ . فيقف الرأس عند المنظر الأمامى لجيئة القذال ، فى مخرج الحوض ببعده المستقيم ، ويكون اليافوخ الصغير متوجها صوب الارتفاق ، أما الكبير فنحو العجز . ويؤخذ الفرع الايسر ، قبل ادخال الملاقط ، باليد اليسرى ، والأيمن باليد اليمنى ويجمع الملقط على سطح أفقى (على الطاولة) .

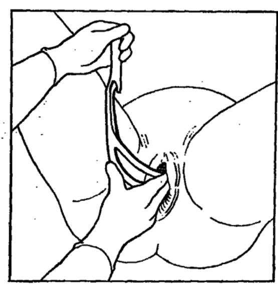
وتتألف العملية من المراحل التالية : ١) ادخال ملاعق الملقط، ٢) اقفال الملقط ، ٣) اختبار الجرّ الى أسفل ، ٤) الجرّ بحد ذاته (انتشال الرأس) ، ٥) رفع الملقط .

يتم ادخال الملاعق حسب القاعدة التالية: يجرى ادخال الملعقة اليسرى باليد اليسرى فى النصف الأيسر من الحوض (المهبل) ، والملعقة اليمنى باليد اليمنى فى النصف الأيمن من الحوض . ويتم أولا ادخال الملعقة اليسرى ، وثانيا — اليمنى . ويجرى ادخال الملاعق عند وقوف الرأس فى مخرج الحوض ، بالبعد العرضى للحوض، بحيث يقع الملقط على الرأس فى منطقة النتوءات الجدارية والأذنين ، ويقع اليافوخ الصغير (المركز الدليل) فى مستوى الملقط : يتطابق التقوس الحوضى للملقط ، ومحور الرأس (من اليافوخ الصغير حتى الفلك السفلى) والمحور الدليل للحوض (شكل ١٤٢).



شكل ١٤٢ . وضع الملاقط على الرأس بصورة صحيحة

ويتم ادخال الملاعق بالصورة التالية : تدخل فى المهبل أربعة أصابع اليد اليمنى ، التى توضع على السطح الجانبى للرأس (نهايات الأصابع تكون متجهة نحو الفلك السفلى) . يؤخذ مقبض الفرع الأيسر ، باليد اليسرى ، ويمسك كالقوس أو كالريشة ، ويوجّه نحو ثنية المغبن اليمنى (بصورة موازية لها) . ويتم ادخال الملعقة اليسرى فى المهبل ، واضعين



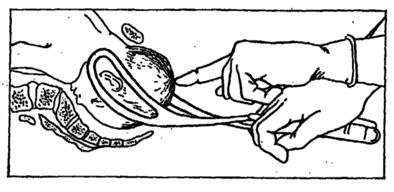
شكل ١٤٣ . ايلاج الملعقة اليسرى من الملاقط .

ياها بين اليد والرأس ، وعند ذاك ينزلق الضلع السفلى منها فى المنخفض بين الاصبع الاوسط والسبابة . ويتم ادخال الملعقة باليد اليسرى تحت مراقبة اليد اليمنى بدون أى عنف (شكل ١٤٣) . وبقدر ادخال الملعقة يجرى خفض المقبض الى أسفل ، الى العجان . وتوجه باليد الموضوعة من الداخل الملعقة ، التى يجب أن تستلقى على الرأس فى منطقة النتوء الجدارى . ويتم ، بعد ادخال الملعقة اليسرى ، اخراج اليد اليمنى ، ويعطى المقبض الى المساعد .

ومن ثم يتم بهذه الصورة نفسها ادخال الملعقة اليمنى باليد اليمنى فى النصف الأيمن للحوض تحت مراقبة اليد اليسرى . ويرقد مقبض اليد اليمنى دائما على اليسرى .

غلق الملقط . يمسك المقبض الأيمن باليد اليمنى والأيسر باليسرى ويتم تقريب أقسامها القفلية . والملقط الموضوع بصورة صحيحة يقفل بسهولة .

السحب الاختبارى الى أسفل . يجرى التأكد عما اذا كان الملقط ينزلق عند الانتشال أم لا . ولهذا الغرض يمسك باليد اليمنى مقبض الملقط ، وكف اليد اليسرى راقد على الأيمن ، ونهاية السبابة الممدودة لهذه اليد تمس الرأس . وباليد اليمنى يتم السحب الى



شكل ١٤٤ . سحب تجريبى (مخطط)

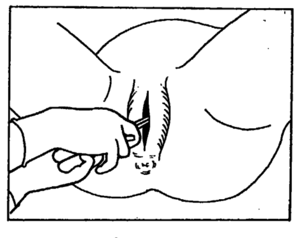
أسفل (شكل ١٤٤) . فاذا كان الملقط موضوعا بصورة صحيحة فان الرأس يتقدم سوية مع الملقط وتبقى السبابة متماسكة مع الرأس . واذا كان الملقط ينزلق (موضوع بصورة غير صحيحة)، تتكون بين الأصبع والرأس مسافة (يخرج الملقط، ويبقى الرأس فى مكانه).

السحب بحد ذاته الى أسفل — انتشال الرأس . يبدأ بعد السحب الاختبارى بانتشال الرأس . فيتم القبض باليد اليمنى على القسم القفلى للملقط (اصبعان على كلاليب بوش) ، وباليسرى — المقبض (شكل ١٤٥) . ويجرى ، عند انتشال الرأس ، القيام بصورة مصطنعة بتنفيذ تلك المراحل من آلية الولادة التى لم تتم بعد بالطريقة الطبيعية . ويتم جرّ (جذب) الرأس بحركات خفيفة ، مقلدين فعل القوى الطبيعية الطاردة (كل سحب الى أسفل يستمر دقيقة واحدة أو دقيقة ونصف) .

ويتم التوقف لبرهة بين السحب (دقيقة واحدة او دقيقتين) ، التى يجرى خلالها ارخاء غلق الملقط (لتحسين الدورة الدموية لمخ الجنين).

يجب أن يكون اتجاه الجرّ متفقا والطريق التى يسلكها الرأس فى الولادة (المحور الدليل للحوض) .

ويستمر الجرّ بصورة أفقية عند وقوف الرأس فى مخرج الحوض، الى حين اختراق نتوء القفا واقتراب حفرة تحت القذال من القوس العانى . ويتم ، بعد ذلك ، الوقوف الى يسار الماخض وتمسك اليد اليمنى المقبضين، وتوجهما مع الرأس العابر الى الأعلى وتحمى اليد اليسرى العجان . فعند توجيه الجرّ الى أعلى يتم انتصاب الرأس وولادته .



شكل ١٤٥ . اخراج الرأس بالملاقط

نزع الملقط . يمكن رفع الملقط بعد اخراج النتوء القذالى والنتوين الجداريين وتحرير الرأس فيما بعد باليدين (كما يتم بالولادة الاعتيادية) . ويمكن اخراج الرأس بالملقط . وترفع الملاقط بالترتيب العكسى : فى البداية الملعقة اليمنى ، ومن بعد اليسرى فيوجه مقبضا الملاقط المخلوعة نحو الفخذ المقابل للأم . وتتم بعد ولادة المشيمة ، معاينة عنق الرحم بالمنظار . فاذا تم اكتشاف تمزقات تخاط حالا . وعند وجود اضرار فى المهبل والعجان تتم خياطتها بالطريق المعتاد .

العملية القيصرية

العملية القيصرية هى العملية التى يتم فيها شق الرحم وانتشال الجنين والمشيمة .

وكانت العملية القيصرية تجرى عند الموت المفاجئ للحامل والماخض (لانقاذ حياة الطفل) فى الازمنة القديمة . وأول عملية قيصرية أجريت على امرأة حية تمت فى أوائل القرن السابع عشر . غير أن هذه العملية نالت شهرة بعد ادخال التطهير ومنع التقيح (منذ أواخر القرن التاسع عشر) واتقان طريقتها .

وأول من وصف العملية القيصرية فى روسيا هو د . ساموئيلوفيج (١٧٨٠) . ويعود الفضل الكبير فى تطوير العملية القيصرية الى الطبيب الروسى ن . اى . بوبيدينسكى .

وتتم العملية القيصرية عبر جدار البطن أو عبر المهبل (عملية قيصرية مهبلية) .

ويجرى القيام بالعملية القيصرية المهبلية بصورة نادرة ، عند الحمل المخدوج عادة .

العملية القيصرية عبر جدار البطن

دواعى العملية القيصرية : ١) ضيق تشريحى شديد فى الحوض (الدرجة الثالثة والرابعة من الضيق) ، ٢) عدم توافق بين الرأس والحوض (حوض ضيق سريريا) ، ٣) خطر تمزق الرحم ، ٤) جيئة مركز المشيمة (وجانبها عند النزيف الشديد) ، ٥) انفصال قبل الأوان للمشيمة النائمة بصورة طبيعية (صورة نزف دموى داخلى وصدمة) ، ٦) حالة شديدة للمرأة (مرض القلب ، مرض ارتفاع ضغط الدم ، الانواع الخطرة من التسمم الحملى وغيرها) ، ٧) الندبات بعد عمليات سابقة على الرحم ، حمل تعدى أوانه وضيق الحوض ، وضع عرضى مستعصى عند الجنين الحى والمضاعفات الأخرى ، التى لا توجد عندها امكانية لانهاء الولادة بطريق اخر بنتيجة مرضية بالنسبة للأم والجنين .

الشروط : عدم وجود عدوى ، جنين حى وقادر على العيش ، ومن المحبذ القيام بالعملية فى بداية نشاط الولادة .

الادوات : مشرط (٢) ، جفت طويل (٢) ، جفت تشريحى (٣ — ٤) ، جفت جراحى (٣ — ٤) ، أجفات موقفه للدم (١٠ طويلة ، ٥ — ٦ قصيرة) ، أجفات بيان (١٥ — ١٦) ، كورنتسانغات (٥ — ٦) ، ملاقط رصاصية (٢) ، ملاقط مبيضية (٢) ، مكشطات (٢ — ٣) ، ماسك الابر (٢) ، إبر مختلفة (١٠ — ١٢) ، مقصات

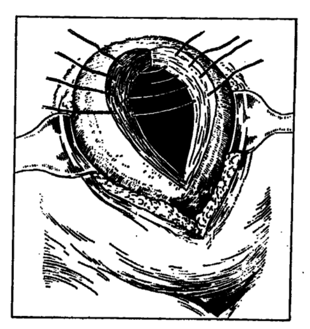
(٢ مقوّسة ، ٢ مستقيمة) ، مناظير بطنية ، قسطرة ، محقنة مع إبر ، أجفات للبياضات (٤) .

ويجرى مقدما تحضير كل ما هو ضرورى لنقل الدم وانعاش الطفل ، الذى قد يكون فى حالة اختناق .

وينحصر الفن بالدرجة الاساسية بما يلى : يفتح الجدار الأمامى للبطن فى الخط الأبيض طبقة فطبقة . ويبدأ الشق أعلى العانة ، ويسير حتى السرة او اعلى بقليل . ويعزل السطح الأمامى للرحم عن تجويف البطن بالمناشف ، لكى لا تقع فى البطن المياه المحيطة بالجنين . ويتم القيام بشق طولى يبلغ طوله ١٢ سم تقريبا ، على الجدار الأمامى للرحم ، وعن طريقه يتم انتشال الجنين من قدمه ، التى تمسك باليد .

فيقطع الحبل السرى بين جفتين ، ويناول الطفل الى القابلة . بعد ذلك تنتشل المشيمة ويفحص باطن الرحم باليد أو بالمكشطة ، ويخاط جدار الرحم طبقة طبقة (شكل ١٤٦) ، فيتم اخراج جميع الادوات والمناشف ويخاط جدار البطن طبقة فطبقة.

ويحبذ فى الاوقات الأخيرة القيام بالشق فى منطقة الفلقة السفلى للرحم ، ولهذا يجب مقدما فتح الطية المثانية ـــ الرحمية للبريتون وازاحة المثانة الى أسفل . ويتم، بعد انتشال الجنين والمشيمة وخياطة أطراف شق الفلقة السفلى للرحم تحويل المثانة الى مكانها السابق، وتعاد الطية المثانية ـــ الرحمية للبريتون بخياطتها .



شكل ١٤٦ . العملية القيصرية الكلاسيكية . خياطة شق جدار الرحم

استعمال آلة الاستخراج التفريغى

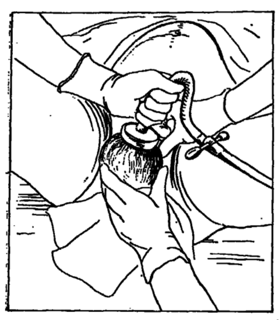
تنتسب عملية اخراج الجنين بواسطة آلة الاستخراج المفرغة الى الطرق الحديثة فى القبالة الجراحية . وتتألف آلة الاستخراج المفرغة من جهاز مفرغ (الذى يتكون فيه ضغط سالب) وفناجين (مختلفة الحجم) ، توضع على رأس الجنين .

ويعتمد مبدأ عمل الجهاز على ايجاد فراغ مضغوط بين السطح الداخلى للفنجان ورأس الجنين . وتنشأ عندئذ قوة تماسك ، تخلق امكانية القيام بالجر ، الضرورى لانتشال الجنين .

ويستعمل جهاز الاستخراج التفريغى عند وجود ضرورة انهاء الولادة بسرعة حينما تكون العملية القيصرية أمرا غير مرغوب فيه او لا داعى لها ، مع عدم وجود ظروف مناسبة لاستعمال الملاقط .

الدواعى الأساسية : ضعف قوى الولادة المستديم ، بدء اختناق الجنين ، سقوط الحبل السرى (بعد اعادته) .

الشروط : انفتاح تام للمزرد ، عدم وجود كيس الجنين ، توافق تام بين أبعاد الحوض والرأس ، جيئة القذال . ولا ينصح باستعمال الجهاز التفريغى عند الجيئات الانتصابية ، الولادات قبل الأوان ، عدم التوافق بين أبعاد الرأس والحوض ، الأمراض التى تتطلب ايقاف المخاض (عيوب القلب ، حالات التسمم الخطيرة وغيره) .



شكل ١٤٧ . عملية اخراج الجنين بالفراغ . اخراج رأس الجنين بالجهاز الفراغى

ويوضع فنجان جهاز الفراغ على منطقة اليافوخ الصغير ، ويتم بعد وضع الفنجان ايصال الضغط السالب الى ٠,٤ — ٠,٥ كغم/سم ٣ ، وعند الجر — الى ٠,٧ — ٠,٨ كغم/سم ٣ . ويجرى القيام بالجرّ أثناء المخاض (شكل ١٤٧) .

عمليات تفتيت الجنين

تستعمل عمليات تفتيت الجنين على الجنين الميت . وتستعمل هذه العمليات عند الجنين الحى كظاهرة نادرة جدا ، فيما تكون حياة المرأة فى خطر ولا توجد ظروف للقيام بالتوليد بطريق آخر . لتفتيت الجنين توجد عمليات مختلفة : فدغ الجمجمة (تقليل حجم الرأس) ،

الاقتصال (فصل الرأس) ، اخراج أحشاء البطن الى الخارج (تفريغ تجويف البطن ، القفص الصدرى) ، قطع الترقوة (شق عظم الترقوة) ، قطع العمود الفقرى (اتلاف العمود الفقرى) .

ان مجموعة العمليات على الجذع والرقبة (الاقتصال ، اخراج أحشاء البطن الى الخارج ، قطع الترقوة ، قطع الفقار) تسمى بتقطيع الجنين .

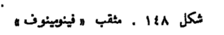
فدغ الجمجمة

يستعمل فدغ الجمجمة حسب الدواعى التالية : جنين ميت ، عدم توافق شديد بين الحوض والرأس ، ظهور أعراض خطر تمزق الرحم والاختلاطات الخطرة الأخرى عند عدم وجود امكانية للتوليد عن طريق آخر .

الأدوات اللازمة : مثقب فينومينوف (شكل ١٤٨) أو بلو (شكل ١٤٩) ، مناظير مهبلية عريضة (٢) ، رافعة (٢) ، ملاقط ميوزو (٢) ، ملاقط رصاصية (٢) ، ملعقة لتفتيت المخ (١) مشداخ (١) ، مقص لقص الترقوة (١) . ويجرى اعداد ادوات لخياطة العنق والعجان (للحيطة عند حدوث أضرار) .

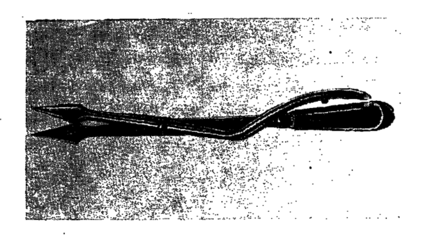
يتألف فدغ الجمجمة من المراحل التالية : ١) ثقب الرأس ، ٢) اخراج المخ (تفتيت واخراج المخ) ، ٣) شدخ جمجمة الجنين (انتشال الرأس بالمشداخ) .

ان فن فدغ الجمجمة يتلخص بما يلى : يتم الكشف عن المهبل بالمنظار ، وتوضع على الرأس ملاقط ميوزو ، ويتم السحب الى أسفل والبدء بالثقب . والأفضل ان يستعمل مثقب فينومينوف ، المركب مثل الخرامة : تقع الخرامة فى جلبة تقوم بحماية الانسجة



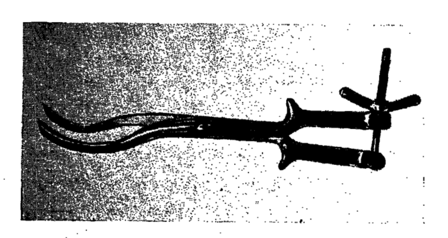
شكل ١٤٨ . مثقب « فينومينوف »

اللينة لطرق الولادة من الاضرار العفوية . وتفعل بهذا المثقب فتحة مدورة فى العظم المتقدم من الجمجمة . ويمكن استعمال مثقب بلو الذى يشبه الرمح ، والذى بواسطته يتم القيام بشق صليبى للجمجمة فى منطقة الدرز أو اليافوخ (شكل ١٥١). ان السطوح الجارحة للمثقب



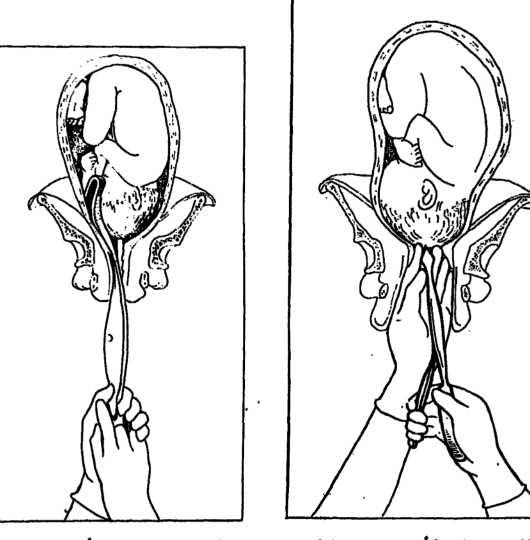
شكل ١٤٩ . مثقب « بلو » رمحى الشكل

الرمحى الشكل تكون متجهة الى الخارج ، ولهذا يجب حماية الأنسجة اللينة لطرق الولادة من الاضرار العفوية . ولهذا تخفض يد المثقب الى أسفل ، وتتم حماية الجدار الأمامى للمهبل (والمثانة) بالمنظار أو باليد اليسرى . ويجرى بملعقة معقمة أو بمكشطة تفتيت المخ ، الذى يخرج بسهولة من باطن الجمجمة . ويقوم بعض أطباء التوليد بغسل الجمجمة ، بعد تهديم المخ ، بالمحلول الفيزيولوجى المعقم .



شكل ١٥٠ . مشداخ جمجمة الجنين

يصغر حجم الجمجمة بعد اخراج المخ ، والمرحلة القادمة من هذه العملية هى — شدخ الجمجمة ، أى انتشال الرأس بالمشداخ . ويتألف المشداخ (شكل ١٥٠)



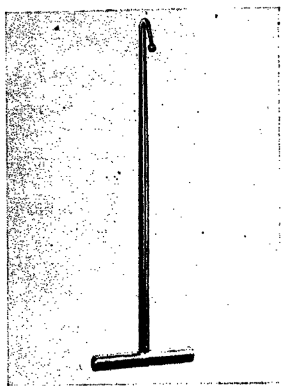
شكل ١٥١ . ثقب الرأس بمثقب رمحى الشكل

شكل ١٥٢ . اخراج الرأس بالمشداخ

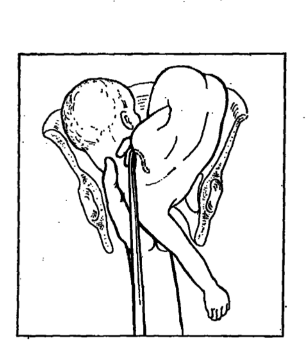
من فرعين ، يتكونان من ملاعق ، قسم القفل ، مقبض ولولب . ويتم ادخال الملعقة العديمة الفتحة فى تجويف الجمجمة وتوضع على عظام الوجه ، وتوضع الملعقة ذات الفتحة على السطح الخارجى لقسم الوجه من الجمجمة (ويتم ادخالها كملعقة الملاقط) . ويتم بعد ادخال الملاعق اغلاق المشداخ وتثبيت الرأس الممسوك بمساعدة اللولب . ويجرى اخراج الرأس بالمشداخ عند الانفتاح التام للمزرد (شكل ١٥٢) . فاذا كان الانفتاح تاما وهنالك دواع لانهاء الولادة بسرعة ، يجرى القيام بعمل شفوق على العنق وبعد ذلك ينتشل الجنين .

الاقتصال (فصل الرأس)

يتم القيام بالاقتصال عند وجود وضع مستعرض مستعص للجنين. الادوات: كلاب اقتصالى (شكل ١٥٣) ، مقص مقوس طويل غير حادّ النهايات، مناظير ، ملاقط رصاصية لمعاينة العنق ، ادوات خياطة (فى حالة وقوع تضرر العنق والعجان).



شكل ١٥٣ . الكلاب الاقتصالى لـ « برون »



شكل ١٥٤ . قطع الرأس

ويتلخص فن العملية أساسا بما يلى : اذا سقطت اليد ، يتم تلبيسها بحلقة ومناولتها للمساعد ، الذى يجرها الى أسفل وباتجاه النهاية الحوضية للجنين . ويتم ادخال اليد فى طرق الولادة ، والبحث عن رقبة الجنين واحاطتها بصورة دائرية ، فيرقد الابهام من الأمام ، والسبابة والاصبع الاوسط من الخلف . ومن ثم يتم بواسطة اليد ادخال الكلاب الاقتصالى الذى يركب على رقبة الجنين (الزر الى الاسفل) (شكل ١٥٤) . ويجرى سحب مقبض الكلاب بقوة الى أسفل ويدور باتجاه الرأس . عند ذلك يتم كسر العمود الفقرى ، الذى

يعلم عنه بالقرقعة . ويرفع ، بعد كسر العمود الفقرى ، الكلاب وتقص الأنسجة اللينة للرقبة بمقص طويل غير حادّ النهايات تحت مراقبة اليد الموضوعة من الداخل . وينتشل على أثر الاقتصال الجذع بالسحب من اليد . فاذا حدثت ، عند اخراج الكتفين ، صعوبات ، يتم قص الترقوة . ويجرى اخراج الرأس باليد ، ولذلك تدخل فى الفم اصبع اليد الموضوعة من الداخل .

اذا لم يتيسر اخراج الرأس باليد ، يتم ثقبه ، واخلاؤه من المخ واخراجه بالمشداخ .

وتتم بعد العملية معاينة العنق ، المهبل والعجان ، بصورة دقيقة .

قطع الترقوة

عملية قطع الترقوة عبارة عن قص عظم الترقوة لتقليل محيط الكتف . ويتم عند الضرورة قطع كلا عظمى الترقوة . ويمكن ان تنشأ ضرورة قطع عظم الترقوة بعد الاقتصال أو عند ولادة جنين عملاق .

وتجرى العملية تحت مراقبة اليد المولجة فى طرق الولادة . فيثبت اصبعا اليد الموضوعة من الداخل فى وسط عظم الترقوة ، وبراحة هذه اليد يتم ادخال مقص طويل غير حاد النهايات (فى حالة مطبقة) ، ويقرب من عظم الترقوة ويتم قطعه . ويقل ، بعد قطع عظم واحد من عظمى الترقوة ، الحزام الكتفى بمقدار ٢,٥ — ٣ سم ، وبعد قطع العظم من الجهتين — بمقدار ٥ — ٦ سم .

اخراج أحشاء البطن الى الخارج

اخراج أحشاء البطن الى الخارج (نزع الاحشاء) ، هو شق جدار البطن أو القفص الصدرى وازالة الأعضاء الداخلية .

تتم هذه العملية عند الوضع العرضى المستعصى للجنين ، حينما يتعذر الوصول الى رقبة الجنين ويكون الاقتصال أمرا غير ممكن ، أو عند شذوذ الجنين . ويتم القيام بالعملية عند انفتاح المزرد بصورة تامة . يقص جدار بطن الجنين بواسطة المقص وعن طريق الشق يتم اخراج الاعضاء الداخلية للجنين . واذا كان الوصول الى القفص الصدرى أسهل ، فيفتح الأخير ، ولذلك يقتضى قص الأضلاع . ويتم ، بعد اخراج الاعضاء الداخلية ، اخراج الجنين بصورة مطوية . واذا نشأت صعوبات ، يتم القيام بقطع العمود الفقرى ؟

قطع العمود الفقرى

هذه العملية عبارة عن شق العمود الفقرى . يتم ، بعد ازالة الاعضاء الداخلية شق العمود الفقرى بالمقص أو يتم كسره بالكلاب الاقتصالى . ومن ثم تقطع بالمقص ، الأنسجة اللينة بجدار البطن ويتم اخراج الجزء العلوى من الجذع (مع الرأس) والسفلى (مع الأرجل) بالتعاقب . وتجرى ، بعد العملية ، معاينة عنق الرحم ، المهبل والعجان بصورة دقيقة .

العناية بالمرضى بعد العمليات

تكون العمليات القبالية مصحوبة بادخال اليدين أو الادوات فى باطن الرحم ، والتى يمكن ان تحمل معها الميكروبات من المهبل . ونتيجة ذلك فان احتمال التلوث بعد العمليات القبالية يكون اكبر بكثير منه عند الولادة الطبيعية. وكثيرا ما تنشأ عند العمليات القبالية منافذ اضافية للعدوى على شكل اصابات للانسجة اللينة لطرق الولادة . ومما يساعد على الاصابة بالامراض المعدية هو فقدان الدم ، الذى كثيرا ما ينشأ عند الولادات المرضية ، التى تنتهى بطريقة جراحية . وينبغى الأخذ بالحسبان ، عند تنظيم العناية ، المزاج السىء للنفساوات ، اللاتى فقدن أطفالهن (عمليات تفتيت الجنين ، خدوج عميق وغيره) .

ويتطلب للنفساوات اللاتى تعرضن للعملية الهدوء التام ، والنوم ما لا يقل عن ٨ — ١٠ ساعات فى اليوم . ويخصص عند الحاجة التريوكسازين أو البروميدات (للنساء غير المرضعات) . ومن الأفضل عزل النفساوات اللاتى مات أطفالهن عن النفساوات المرضعات.

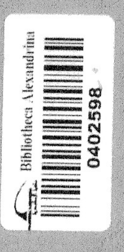
ومن الضرورى عند التنظيف ، والتنبيب ، والحقن والتضميد ، التطهير الدقيق جدا . وتخصص الحمية والنظام وفقا لطبيعة العملية وخصائص المريضة الذاتية .

وينبغى فى فترة ما بعد العملية مراقبة الحرارة والنبض ، وتنسيق وظيفة الثديين (رضاعة صحيحة ، الحلب ، العناية بالثديين) والامعاء والمجارى البولية . وكثيرا ما تنشأ الحاجة الى اعطاء المقويات والمضادات الحيوية . وعند الخروج من دار التوليد تعطى النفساء شهادة عن طبيعة اختلاطات الولادة والعملية التى اجريت لها للحصول على اجازة مدتها ٧٠ يوما .

وتقوم القابلة بعد الخروج بزيارة الأم والطفل فى البيت بصورة منتظمة .

المحتويات




Bibliotheca Alexandrina
0402598